

御所市一般不妊治療医療機関等証明書

年 月 日

御所市長

医療機関等

所在地

名称

代表者

電話番号

印

下記のとおり、不妊治療(不妊検査・一般不妊治療)を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

ふりがな				
受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日		年 月 日生		年 月 日生
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日		
今回の治療期間	年 月 日から		年 月 日まで	
不妊治療の内容	<input type="checkbox"/> 不妊スクリーニング検査		<input type="checkbox"/> 精液検査	
	<input type="checkbox"/> タイミング療法		<input type="checkbox"/> 精巣生検	
	<input type="checkbox"/> 排卵誘発法(内服・注射)		<input type="checkbox"/> 人工授精	
	<input type="checkbox"/> 手術療法()			
	<input type="checkbox"/> 人工授精			
<input type="checkbox"/> その他()				
本人負担額の内訳	利用年月	医療機関(薬局)徴収分		
		保険診療分		保険診療以外の 本人負担額
	保険点数	本人負担額		
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	合計	円	① 円	② 円
特記事項				

注1 食事代、入院費及び本証明書発行料は、助成の対象となりません。
 2 申請は年度につき1回となります。年度をまたぐ場合は、分けて証明してください。
 3 院外処方がある場合は、医療機関と薬局それぞれに証明書を作成してください。

市記入欄	今回の治療にかかった合計金額
	円(上記本人負担額の合計①+②)