様式第2号（第6条関係）

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　　印
電話番号

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	夫		妻	
受診者氏名				
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		□不妊スクリーニング検査 □タイミング療法 □排卵誘発法（内服・注射） □手術療法（　　） □その他（　　）	□精液検査 □精巣生検 □人工授精	

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
	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）