

御所市一般不妊治療医療機関等証明書

年 月 日

（宛先）御所市長

（医療機関）  
所 在 地  
名 称  
主治医氏名 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             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ふりがな    |        |
| 受診者氏名            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 配偶者氏名   |        |
| 受診者生年月日          | 年 月 日生                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 配偶者生年月日 | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |        |
| 本人負担額            | 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |        |
| 不妊治療の内容          | <div><div><input type="checkbox"/>不妊スクリーニング検査<br/><input type="checkbox"/>タイミング療法<br/><input type="checkbox"/>排卵誘発法（内服・注射）<br/><input type="checkbox"/>手術療法（ ）<br/><input type="checkbox"/>その他（ ）</div><div><input type="checkbox"/>精液検査<br/><input type="checkbox"/>精巣生検<br/><input type="checkbox"/>人工授精</div></div> |         |        |
| 特記事項             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |         |        |

注 1 出産（流産、死産を含む）に係る費用は対象外です。また、入院料、食事代、文書料等の直接治療に関係ない費用も対象外です。  
2 申請期限は、治療を終了した日から翌年度末日です。

|                  |                |
|------------------|----------------|
| 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） |                |