

安芸市不妊治療費助成事業医療機関等証明書

年 月 日

安 芸 市 長 様

医療機関等
所在地
名称
代表者氏名
電話番号

印

下記のとおり、一般不妊治療・人工授精・特定不妊治療を実施し、これに係る治療費を下記の通り領収したことを証明します。

受診者	夫	(ふりがな)		生年月日	年 月 日
		氏名			
	妻	(ふりがな)		生年月日	年 月 日
		氏名			
一般不妊治療・人工授精	今回の治療期間			年 月 日～ 年 月 日	
	保険診療に要した総点数		点	保険診療分の本人負担(領収)金額 円	
	保険診療以外の治療に係る本人負担(領収)金額 ※体外受精及び顕微授精を除く				円
	本人負担額の内訳	区 分	保険診療分		保険診療以外の本人負担金額
			診療点数	本人負担金額	
		年 4月分	点	円	円
		年 5月分	点	円	円
		年 6月分	点	円	円
		年 7月分	点	円	円
		年 8月分	点	円	円
		年 9月分	点	円	円
		年10月分	点	円	円
		年11月分	点	円	円
		年12月分	点	円	円
		年 1月分	点	円	円
年 2月分		点	円	円	
年 3月分		点	円	円	
治療内容	☐ タイミング療法(不妊相談) ☐ 人工授精(回)				
☐ 薬物療法(内服・注射) ☐ その他()					
☐ 手術()					
特定治療不妊	今回の治療期間			年 月 日～ 年 月 日	
	領収金額			円	
	治療内容			☐ 体外受精 ☐ 顕微授精	
院外処方の有無		☐ 有り ☐ 無し			
妊娠成立の有無		☐ 有り ☐ 無し			

備 考

1 特定不妊治療に関する費用については、高知県不妊治療費支援事業に準じて記入して下さい。

2 入院費、食事代等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。

3 医療機関が発行した受診等証明書の「院外処方の有無」が「有り」の場合は、院外処方に要した費用も対象となります。(薬局が発行する同証明書の添付が必要です。)