

医療機関等証明書

年 月 日

北竜町長 様

医療機関等
所在地
名称
代表者名
電話番号

印

次のとおり、不妊治療を実施したことを証明します。

(ふりがな) 夫氏名			生年 月日	年 月 日 (歳)	
(ふりがな) 妻氏名			生年 月日	年 月 日 (歳)	
年度における治療期間		年 月 日から 年 月 まで			
治療内容	保健適用の治療	一般不妊治療	☐ 検査： ☐ 薬物療法（内服・注射） ☐ タイミング療法（不妊相談） ☐ 排卵誘発法 ☐ 人工授精 ☐ その他（ ）		
		生殖補助医療	☐ 男性不妊治療（内科・外科治療） ☐ 採卵に係る治療・処置 ☐ 体外受精・顕微授精 ☐ 受精卵・胚の培養 ☐ 胚凍結保存 ☐ 新鮮胚移植 ☐ 凍結胚移植 ※各治療段階で中止したものも含む		
	保険適用外不妊治療		内容：		
自己負担額内訳	区分	保険診療分		保険診療以外	
		医療費総額	本人負担額①	本人負担額②	
	年3月分	円	円	円	
	4月分	円	円	円	
	5月分	円	円	円	
	6月分	円	円	円	
	7月分	円	円	円	
	8月分	円	円	円	
	9月分	円	円	円	
	10月分	円	円	円	
	11月分	円	円	円	
	12月分	円	円	円	
	年1月分	円	円	円	
	2月分	円	円	円	
合 計		円	円	円	
院外処方の有無		☐ 有 ☐ 無			
文書料		円	本人負担額合計	円	

※医療機関において太枠の中を記載願います。
 ※食事療養費、個室料等の治療に直接関係のない費用は、除いてください。
 ※院外処方がある場合は、領収書と調剤報酬明細書を提出して下さい。