

年 月 日

いちき串木野市長 様

医療機関の所在地

医療機関

主治医名

印

不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

記

(フリガナ) 受診者氏名		(フリガナ) 配偶者氏名	
生年月日	年 月 日 (才)	生年月日	年 月 日 (才)

【医療機関記入欄】

対象となる治療方法等

1. 体外受精
2. 顕微授精
3. 精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術
4. 人工授精
5. タイミング療法
6. 排卵誘発法
7. 上記の治療に必要な検査

診療年月	治療方法 (該当する番号を上記から選択)	治療及び検査期間	自己負担額 受診者が負担した金額 (薬局分を含む)
年 月分		年 月 日から 年 月 日まで	円
年 月分		年 月 日から 年 月 日まで	円
年 月分		年 月 日から 年 月 日まで	円
年 月分		年 月 日から 年 月 日まで	円
年 月分		年 月 日から 年 月 日まで	円
年 月分		年 月 日から 年 月 日まで	円

※入院費・食事代等直接治療に関係しない費用は除く。