

錦町不妊治療費助成事業医療機関証明書

年 月 日

錦町長 様

(医療機関)

住所

名称

代表者

印

電話番号

下記のとおり、不妊治療（一般不妊治療・人工授精）を実施し、治療費を領収したことを証明します。

記

一般不妊治療			人工授精						
ふりがな			夫	ふりがな					
受診者				受診者					
生年月日	年	月 日		生年月日	年 月 日				
貴医療機関における不妊治療開始年月			妻	ふりがな					
年 月 開始				受診者					
治療方法	<input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤 <input type="checkbox"/> その他 ()			生年月日	年 月 日				
負担額内訳	区分 (診療月)	実費負担額 (保険診療分)	人工授精を始めた時期						
	年 月分	円	年 月 日～						
	年 月分	円	今まで行った人工授精について記入して下さい。 (医療保険適応部分は除く)						
	年 月分	円							
	年 月分	円				第1回	年 月 日	領収金額	円
	年 月分	円				第2回	年 月 日	領収金額	円
	年 月分	円				第3回	年 月 日	領収金額	円
	年 月分	円				第4回	年 月 日	領収金額	円
	年 月分	円							
	年 月分	円							
	年 月分	円							
	年 月分	円							
年 月分	円								
合計	円					円			

注) 不妊治療のための治療以外の費用は含めないでください。