

医療機関証明書

年 月 日

豊後大野市長 様

所在地  
医療機関 名称  
主治医氏名

印

下記のとおり不妊治療に係る診療（投薬）をしたことを証明します。

受診者	(ふりがな) 氏 名	夫	( )	妻	( )
	生 年 月 日		年 月 日		年 月 日
治療内容 (体外受精、顕微授精及び手術的精子回収術を除く)		人工授精 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし その他治療 ( )			
院外処方の有無		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
治療期間		本人負担額 (夫婦の不妊治療行為に係る負担額)			
		医療機関徴収分		薬局徴収分 ③	
		保険診療分 ①	保険適用外 ②		
年 月 日～ 年 月 日		円	円	円	
年 月 日～ 年 月 日		円	円	円	
年 月 日～ 年 月 日		円	円	円	
年 月 日～ 年 月 日		円	円	円	
今回の治療にかかった合計金額					
領収金額		円 (上記本人負担額①～③の合計金額)			

- (注) 1 当該患者に関して行った不妊治療費（体外受精、顕微授精及び手術的精子回収術を除く）に係るもののみご記入ください。  
[助成対象]・医療保険適用の不妊治療及び不妊検査  
・医療保険適用外の不妊治療及び不妊検査（いずれも体外受精、顕微授精及び手術的精子回収術を除く。）  
・人工授精(当該夫婦間のみにおける治療に限る。)
- 2 院外処方がある場合は、それらの額のうち、対象となる費用も含めて治療実施医療機関が証明を行ってください（「本人負担額」欄の「薬局徴収分」に薬局の領収書から対象費用を転記してください。）
- 3 入院費、食事代及び文書料等治療に直接関係のない費用は含まないでください。