

様式第 2 号（第 6 条関係）

不妊治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

本部町長 殿

医療機関：名称

所在地

代表者

電話番号

印

下記のとおり、不妊治療を実施し、これに係る本人自己負担額を領収したことを証明します。

記

医療機関記入欄

受 診 者 氏 名	夫	(ふりがな)	生年月日 年齢	年 月 日 歳
	妻	(ふりがな)	生年月日 年齢	年 月 日 歳
今回の 治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日		
治療の 内容	☐ 一般不妊治療	☐ タイミング法 ☐ 人工授精 その他()		
	☐ 生殖補助医療	☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 ☐ 男性不妊手術 その他()		
	☐ 不育症治療	内容()		
本人負担 額の内訳	医療機関領収分			院外薬局領収分
	保険診療分		保険診療以外の 本人負担額②	本人負担額③
	医療費総額	本人負担額①		
	円	円	円	円
【今回の治療にかかった自己負担金額合計】（本人負担額①～③の合計額）				
領収金額 円				

※治療の内容については、☐に該当項目をチェックしてください。

※食事代、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。