

不妊治療費助成金認定証明書
(その他の不妊治療)

*次の事項について証明をお願いいたします。

医療 機 関 記 入 欄	受診者氏名		
	受診者生年月日	S・H 年 月 日 (歳)	S・H 年 月 日 (歳)
	診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	治療内容	1 診察 2 検査 3 処置 4 投薬 5 人工授精 6 その他医師が認めた不妊治療	
	a 保険診療負担額	円	c 負担額合計 (a + b) 円
	b 保険診療適応外負担額	円	
上記のとおり証明します。 年 月 日 (医療機関住所・名称・主治医氏名) 印			
保険 薬 局 記 入 欄	d 保険診療負担額	円	f 負担額合計 (d + e) 円
	e 保険診療適応外負担額	円	
	上記のとおり証明します。 年 月 日 (保険薬局住所・名称・薬剤師氏名) 印		

*申請年度(4月1日~翌年3月31日)期間内の**不妊治療に要した費用のみ**を、医療機関と保険薬局それぞれに証明していただきます。夫婦合算額をご記入ください。

***文書作成料、入院時差額ベッド代、食事代**その他市長が別に定める費用は、助成対象外です。