

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<br>療<br>機<br>関<br>記<br>入<br>欄 | 受診者氏名                 |                                                                 |            |
|                                 | 受診者生年月日               | 年 月 日 ( 歳)                                                      | 年 月 日 ( 歳) |
|                                 | 治療期間                  | 年 月 日 ~ 年 月 日<br>※治療期間は申請年度内（4月1日～翌年3月31日）を記入する                 |            |
|                                 | 治療内容                  | 1 診察      2 検査      3 処置      4 投薬<br>5 人工授精    6 その他医師が認めた不妊治療 |            |
|                                 | 保険適用外負担額              | 円                                                               |            |
|                                 | 上記のとおり証明します。<br>年 月 日 | (医療機関住所・名称・主治医氏名)<br><br>印                                      |            |
| 保<br>険<br>薬<br>局<br>記<br>入<br>欄 | 保険適用外負担額              | 円                                                               |            |
|                                 | 上記のとおり証明します。<br>年 月 日 | (保険薬局住所・名称・薬剤師氏名)<br><br>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保険適用外負担額のみを、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、保険診療負担額、その他市長が別に定める費用は、助成対象外です。

\*夫婦以外の第三者からの精子・卵子・胚の提供を受けた治療及び代理懐胎によるものは、助成対象外です。