

様式第3号（第6条関係）

不妊治療費助成金医療機関受診証明書

申請者記入欄	フリガナ		年 月 日生
	氏 名 (夫)		
	フリガナ		年 月 日生
	氏 名 (妻)		
	住 所	〒 伊勢崎市	連絡先電話番号

※ 上記申請者について、下記事項の証明をお願いします。

主治医記入欄	診 療 開 始 日	年 月 日	診断名		
	診 療 期 間 (年度内に限る)	年 月 日 ～ 年 月 日			
	上記診療期間内の治療として、次の○印を付した治療を実施しました。 1. 体外受精又は顕微授精 2. その他の不妊治療 上記のとおり証明します。 年 月 日				
	主治医氏名 ⑩				
医 療 機 関 記 入 欄		保 険 薬 局 記 入 欄 (上記診療期間内に左記医療機関が処方したものに限る)			
医 療 費	A : 被保険者負担額		薬 剤 費	A : 被保険者負担額	
	B : 保険診療適用外負担額			B : 保険診療適用外負担額	
	C : 受診者からの領収額合計 (A+B)			C : 受診者からの領収額合計 (A+B)	
上記のとおり証明します。 年 月 日 医療機関の住所・氏名又は名称 ⑩		上記のとおり証明します。 年 月 日 保険薬局の住所・氏名又は名称 ⑩			

※ 診療期間は、年度内（4月1日から翌年の3月31日まで）の日付を記入してください。