

証明をもらう時のご注意

不育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
	治療者氏名		
	フリガナ		年 月 日生
	配偶者氏名		
	住		電話番号

申請年度内（4月1日から翌年の3月31日まで）の診療期間になるため、年度内でない日付が入っている場合は、主治医の訂正印による訂正が必要です。
 ※婚姻届出前の治療は助成対象にはなりません。主治医に訂正してもらう必要はありませんが、その部分の治療期間、金額は差し引いて審査いたします。

※ 上記申請

主治医記入欄	診療開始日	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○印を付した不育治療を実施しました。 1. 検査 () 2. 薬物治療 (内服 ・ 注射)			

上記主治医記入欄に書かれた診療期間内の医療費・薬剤費の証明をもらってください。対象外の医療費・薬剤費が含まれていても、助成金の対象にはなりません（文書作成料、予防接種注射代、入院費、食事代のほか、処方外の薬剤費も助成金対象外）。

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り)	
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		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	

※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。