

不妊治療費助成金医療機関受診証明書

申請者記入欄	ふりがな		年 月 日生
	氏名（夫）		
	ふりがな		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 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 <div style="text-align: right;">主治医氏名 ⑩</div>			

医 療 機 関 記 入 欄		保 険 薬 局 記 入 欄	
医 療 費	保険診療総点数点	薬 剤 費	保険診療総点数点
	A:被保険者負担額.....円		A:被保険者負担額円
	B:保険診療適用外負担額円		B:保険診療適用外負担額円
C:受診者からの領収額合計 (A+B)円	C:受診者からの領収額合計 (A+B)円		
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 <div style="text-align: right;">⑩</div>		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 <div style="text-align: right;">⑩</div>	

※ 申請年度（4月1日から翌年の3月31日まで）内の不妊治療に要した費用のみを医療機関と保険薬局別々に記入し、証明してください。