

奈義町不妊治療助成事業受診証明書

下記の者について、不妊治療を実施しこれに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称

医療機関の所在地

主治医氏名

印

受診者	夫	氏名	生年月日	年 月 日
	妻	氏名	生年月日	年 月 日
不妊治療を必要とした理由				
治療方法	1 一般不妊治療（タイミング法・人工授精等） 2 特定不妊治療（保険診療：保険適用の場合） 3 特定不妊治療（併用診療：保険適用と先進医療を併用した場合） 4 特定不妊治療（混合診療：全額自己負担の場合） 5 男性不妊治療（精巣又は精巣上体から精子を採取するための手術） 6 その他（ ）			
治療内容				
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
領収金額等	領収年月日 年 月 日 ～ 年 月 日			
	_____円			

（注）助成の対象となる経費は、医療保険の適用にかかわらず不妊治療に関する治療費及び検査料の自己負担額であり、入院費、差額ベッド代、食事代等の治療に直接関係のない費用は除きます。