別　記

第１号様式（第４条第２項及び第５条第１項第２号）

不妊治療等に係る費用の助成事業受診証明書

大網白里市長　　様

保険医療機関等
所在地
名称
主治医氏名　　㊞
（薬剤師氏名）
（自署の場合は押印省略可）

下記のとおり、受診者に対し不妊治療を行ったことを証明します。

受　診　者	フリガナ 氏　　名		
	生年月日	年　　月　　日	年　　月　　日
今回の 治療内容等 ※保険適用に該当する内容	□不妊検査（不妊治療費等を伴わない不妊症を診断するための検査を除く。） □タイミング法　□人工授精　□採卵・採精 □体外受精・顕微授精　□受精卵・胚培養　□胚凍結保存 □胚移植　□男性に対する治療 □その他（　　）		
院外処方の有無	□あり　□なし		

		不妊治療等に要した費用		文書料及び個室料等で不妊治療費等に直接関係のない費用	合計
		保険点数	保険適用の不妊治療等に係る自己負担分		保険点数 領収金額
今回の治療期間	月　日～ 月　日	点	円	円	点 円
	月　日～ 月　日	点	円	円	点 円
	月　日～ 月　日	点	円	円	点 円
	月　日～ 月　日	点	円	円	点 円
合計金額			円(A)		
不妊治療費等に係る費用の助成事業受診証明書文書料					円(E)

注）本受診証明書は、１年度ごと（４月１日～翌年３月３１日）に作成するものとする。