

例

鏡石町一般不妊治療受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療等を実施し、これに係る医療費（本人負担額）を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

＊医療機関記入欄

(ふりがな) 夫氏名	()	(ふりがな) 妻氏名	()	
生年月日	年 月 日 (歳)	生年月日	年 月 日 (歳)	
今回の証明に係る治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日		
不妊検査・ 治療の内容	☐ タイミング法 ☐ 人工授精 (回) ☐ その他			
本人負担額 の内訳	区分	医療機関徴収分		薬局徴収分
		保険診療分		保険診療以外 の自己負担額 ②
		医療費総額	本人負担額①	
	R 7 年 4 月分			
	年 7 月分			
	年 8 月分			
	年 9 月分			
	年 1 0 月分			
年 1 1 月分				
治療にかかった金額合計		領収金額 円 (①+②)		

治療継続中であっても
6ヵ月目が治療最終月
となります。

1回の申請は6ヵ月分ですが、受診しない
月があれば、その月は含めません。

注1 当該患者に関して行った不妊治療（特定不妊治療を除く。）に係るもののみご記入下さい。
2 □は該当項目をチェックし、その他の場合は具体的な内容を記入ください。
3 院外処方による薬局徴収分がある場合、「本人負担額②」へ薬局の領収書からの転記をお願いします。
4 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。