

あさぎり町不妊治療費等助成事業医療機関証明書

年 月 日

(医療機関)

住 所
名 称
代表者氏名
主治医氏名

下記の者については、次のとおり不妊治療（一般不妊治療・人工授精）を実施し、これに係る医療費等（保険診療分のみ）を領収したことを証明します。

※医療機関記入欄（太枠内以外は主治医が記入すること）

	氏 名	生年月日及び年齢
夫	ふりがな	年 月 日生（ 歳）
妻	ふりがな	年 月 日生（ 歳）
不妊治療実施状況	貴医療機関における _____年度の治療期間	年 月 日から 年 月 日まで
治療方法	<input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 人工授精（ 回） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
本人負担額の内訳	区分（診療月）	実費負担額 (保険診療分のみ)
	年 月分	円(うち人工授精分 円)
	年 月分	円(うち人工授精分 円)
	年 月分	円(うち人工授精分 円)
	年 月分	円(うち人工授精分 円)
	年 月分	円(うち人工授精分 円)
	年 月分	円(うち人工授精分 円)
	年 月分	円(うち人工授精分 円)
	年 月分	円(うち人工授精分 円)
	年 月分	円(うち人工授精分 円)
	合 計	円(うち人工授精分 円)

(注意) 不妊治療のための治療以外の費用は含めないでください。