

胎内市不育症治療費助成事業受診等証明書

受診者氏名 (生年月日)	夫	(年 月 日)	妻	(年 月 日)
-----------------	---	----------	---	----------

医療機関証明欄			
治療理由及び治療内容 ※該当箇所に ☐ または記入してください。		☐ 免疫異常 ☐ 内分泌異常 ☐ 夫婦染色体異常 ☐ 子宮異常 ☐ その他（ 治療内容 	
治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日	
領収金額	保険適用	円	左記の金額に調剤薬局での 本人負担額を ☐ 含む ☐ 含まない
	保険適用外	円	
	計	円 (うち消費税 円)	
治療経過		☐ 出産 ☐ 流産等	
上記のとおり証明します。 年 月 日 所在地 (あて先) 胎内市長 医療機関 名称 氏名			

調剤薬局証明欄		
※医療機関証明欄に院外処方分を含める場合は記入不要です。		
投薬期間	年	月 日
投薬に 要した費用 (薬剤、調剤 費を含む)	保険適用	円
	保険適用外	円
	計	円 (うち消費税 円)
上記のとおり証明します。		
年 月 日	所在地	
	調剤薬局 名称	
(あて先) 胎内市長	氏名	

※入院時の差額ベッド代、食事代、病衣使用料、文書料その他治療に直接関係のない費用は除きます。

※不妊検査費用については、不妊を判断するために検査を行い、その後、治療を受ける場合は助成対象になりますが治療に至らなかった場合は助成対象にはなりません。