

見附市不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、不妊治療（一般・特定・医師の認める治療）以外の治療法によっては、妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、不妊治療を実施し、これにかか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

（あて先）見附市長

指定医療機関

所在地

名称

主治医氏名

（※）

（※）法人の場合は、記名押印してください。

法人以外でも、本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印してください。

指定医療機関記入欄（治療に関する事項については主治医がご記入ください。）

（ふりがな） 氏 名		夫	妻
生 年 月 日		年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
不妊治療の内容及び要した費用 ※不妊治療を行うに当たり行った検査を含む。 ※入院費、食事代、文書料は除く		○治療方法の該当箇所に記入してください。 ・タイミング療法 《実施（ ）回・未実施》 ・排卵誘発法 《実施（ ）回・未実施》 ・人工授精 《実施（ ）回・未実施》 ・体外受精 《実施（ ）回・未実施》 ・顕微授精 《実施（ ）回・未実施》 ・その他（ ）	
		○治療に要した費用 ・医療保険各法の適用を受ける治療 自己負担額 _____ 円 ・その他の治療に要した費用 自己負担額 _____ 円	
今回の治療期間		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	
今回の治療内容（治療を中断した場合は、その経過についても記入してください。）			

※ 医療機関発行の領収書・明細書の写しを添付してください。