

年 月 日

益城町長

様

所在地

保険医療機関等 名称

主治医氏名

印

益城町不妊治療医療機関受診等証明書

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。

記

受診者	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	治療期間の 初日における年齢	満 歳

1 「1回の治療」に関する証明

治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
------	---------------

2 実施した先進医療の名称

(本証明期間中に実施した場合のみ、厚生労働省が先進医療として告示した技術の名称を記載してください。)

1	
2	
3	
4	

3 診療内容及び費用に関する証明

治療年月日	治療内容	(A) 保険適用 自己負担額	(B) 先進医療	(C) その他 (助成対象外)	(D) 領収金額 (A+B+C)
年 月 日		円	円	円	円
年 月 日		円	円	円	円
年 月 日		円	円	円	円
年 月 日		円	円	円	円
年 月 日		円	円	円	円
年 月 日		円	円	円	円
年 月 日		円	円	円	円
年 月 日		円	円	円	円
年 月 日		円	円	円	円
年 月 日		円	円	円	円
合 計		円	円	円	円

【記入上の注意】

- 「治療内容」欄には、その日の診療における主要な行為（例：診察、検査、採卵、胚移植など）を簡潔に記載してください。先進医療を実施した日には、「先進医療」と記載してください。
- (C) 欄には、文書料、個室料、先進医療以外の自由診療費など、助成対象外の費用を記載してください。