

別記様式第2号（第6条関係）

不妊治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

矢板市長 様

医療機関 住所

名称

主治医氏名

印

電話

次の者については、不妊治療が必要であり、次のとおり不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

【医療機関記入欄（主治医が記入してください）】

治療を受けた夫婦の氏名		生 年 月 日	
夫		年	月 日
妻		年	月 日
治療方法	<input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊 <input type="checkbox"/> 先進医療【治療名 】 <small>※該当する治療全てにチェックしてください。</small>		
主な治療内容			
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
治療費	不妊治療費合計金額 円		
	保険診療	人工授精	自己負担額 円
		体外受精、顕微授精	自己負担額 円
		男性不妊	自己負担額 円
	保険診療と併用して行う先進医療		自己負担額 円
保険診療外		自己負担額 円	