

様式第2号（第5条関係）

不妊治療等に係る費用の助成事業受診証明書

白子町長 様

保険医療機関等

所在地

名称

主治医氏名

印

(藥劑師氏名)

(自署の場合は押印省略可)

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。

受診者	フリガナ 氏名					
	生年月日	年 月 日	年 月 日			
今回の治療内容等 ※保険適用に該当する内容		☐ 不妊検査（不妊治療費等を伴わない不妊症を診断するための検査を除く。） ☐ タイミング法 ☐ 人工授精 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 ☐ 男性に対する治療 ☐ その他（ ）				
院外処方の有無		☐ あり ☐ なし				
今回の治療期間		不妊治療等に要した費用		食事療養標準負担額、	合計	
		保険点数	保険適用の不妊治療等に係る自己負担分	文書料及び個室料等で不妊治療費等に直接関係のない費用	保険点数 領収金額	
	月 日～				点	
	月 日	点	円	円	円	
	月 日～				点	
	月 日	点	円	円	円	
	月 日～				点	
	月 日	点	円	円	円	
			円(A)			
不妊治療費等に係る費用の助成事業受診証明書文書料						円(E)

注) 本受診証明書は、1年度ごと(4月1日～翌年3月31日)に作成するものとする。