

渋川市不妊治療費助成事業 医療機関受診証明書

申請者 記入欄	(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日
	夫		年 月 日生
	妻		年 月 日生
	住 所	渋川市	
	電 話	()	

主治医 記入欄	診療開始日	年 月 日	診 断 名	
	診療期間	年 月 日 から 年 月 日		
	上記のとおり不妊治療を実施しました。			
	年 月 日			主治医氏名 印

医療機関 保険薬局 記入欄	診 療 額	(1)保険診療総点数 点・被保険者負担額 円	
		(2)保険診療適用外負担額	円
		(3)受診者領収額(1) + (2)	円
	医療機関・保険薬局 住所・氏名又は名称		年 月 日

医療機関・保険薬局の方へ

- ※ 申請年度（4月1日から翌年3月31日）内の不妊治療に要した費用を記入して下さい。
- ※ 特定不妊治療（体外受精または顕微授精）が含まれる場合は、裏面内訳の記入をお願いします。

裏面

※ 特定不妊治療が含まれる場合に記入をしてください。

不妊治療医療費のうち自己負担額の内訳			
治療年月	自己負担額	治療の種類※	備考
年 月	円	1・2	
月	円	1・2	
月	円	1・2	
月	円	1・2	
月	円	1・2	
月	円	1・2	
月	円	1・2	
月	円	1・2	
月	円	1・2	
月	円	1・2	
月	円	1・2	
月	円	1・2	
合計	円		
上記の自己負担額のうち、未収金や文書料金等不妊治療と認められない項目は対象外です。			
※治療の種類の内訳 1 体外受精及び顕微授精（特定不妊治療） 2 その他医師が認めた不妊治療			