

いすみ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		生年月日
	受診者氏名		年 月 日生
	ふりがな		生年月日
	配偶者氏名		年 月 日生
	住 所	〒 いすみ市	電話連絡先

※ 申請者について下記事項の証明をお願いします。

主治医記入欄	診療開始日	年 月 日	診断名	
	診療期間	年 月 日～ 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)			

医療機関記入欄		保険薬局記入欄	
医療費	保険診療総点数 点 A：被保険者負担額 _____円	薬剤費	保険診療総点数 点 A：被保険者負担額 _____円
	B：保険診療適用外負担額 _____円		B：保険診療適用外負担額 _____円
	C：受診者からの領収額合計(A+B) _____円		C：受診者からの領収額合計(A+B) _____円
上記のとおり、証明します。 年 月 日 医療機関の所在地、名称又は氏名 (印)		上記のとおり、証明します。 年 月 日 保険薬局の所在地、名称又は氏名 (印)	

※ 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のみを医療機関と保険薬局別々に記入し、証明してください。

※ 申請者をご記入ください。

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4月	円	1・2	
5月	円	1・2	
6月	円	1・2	
7月	円	1・2	
8月	円	1・2	
9月	円	1・2	
10月	円	1・2	
11月	円	1・2	
12月	円	1・2	
年1月	円	1・2	
2月	円	1・2	
3月	円	1・2	
合計	円		

上記の自己負担額の領収書を申請時に必ず提出してください。なお、文書料金等不妊治療と認められないものについては対象となりません。

※治療の種類の内訳

- 1 体外受精及び顕微授精
- 2 その他医師が認めた不妊治療