

加賀市一般

一般不妊治療医療機関受診等証明書

年 月 日

(あて先)加賀市長

〒  
住 所  
名 称  
代表者  
電話番号 ( ) -

下記のとおり、不妊治療を実施し本人負担額を領収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名		男・女	生年月日	年 月 日生		
貴医療機関における不妊治療開始年月日			年 月 日 ~			
今回の証明に係る診療機関			年 月 日 ~ 年 月 日			
保険診療に要した総点数	点	保険診療分の本人負担(領収)金額		円		
本人負担額の内訳	区 分	保険診療分		区 分	保険診療分	
		診療点数	本人負担金額		診療点数	本人負担金額
	年 月分	点	円	年 月分	点	円
	年 月分	点	円	年 月分	点	円
	年 月分	点	円	年 月分	点	円
	年 月分	点	円	年 月分	点	円
	年 月分	点	円	年 月分	点	円
	年 月分	点	円	年 月分	点	円
	年 月分	点	円	年 月分	点	円
	年 月分	点	円	年 月分	点	円
	年 月分	点	円	年 月分	点	円
	年 月分	点	円	年 月分	点	円
不妊治療の内容	<input type="checkbox"/> タイミング療法(不妊相談) <input type="checkbox"/> 薬物療法(内服・注射) <input type="checkbox"/> 腹腔(子宮)鏡手術 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> その他の手術( ) <input type="checkbox"/> 検査( ) <input type="checkbox"/> その他( )					
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し					

- 1 不妊治療に関する費用についてのみご記入ください。
- 2 文書料、入院費、食事代等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。
- 3 治療開始以後、助成を開始した月から2年間助成を受けることができます。