

不妊治療医療機関等証明書

医療機関証明書欄	
不妊治療を受けた者の氏名	
病名	
不妊治療に要した期間	年 月 日から 年 月 日まで
<p>不妊治療の内容及び要した費用</p> <p>※不妊治療を行うに当たり行った検査を含む。</p> <p>※入院費、食事料、文書料、消費税その他不妊治療に直接関係のない費用は除く。</p>	<p>◎治療方法の該当箇所に記入してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・タイミング療法 実施 ( ) 回</li> <li>・排卵誘発法 実施 ( ) 回</li> <li>・人工授精 実施 ( ) 回</li> <li>・体外受精 実施 ( ) 回</li> <li>・顕微授精 実施 ( ) 回</li> <li>・その他 ( )</li> </ul> <p>◎治療に要した費用</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療保険各法の適用を受ける治療 自己負担額 _____ 円</li> <li>・その他の治療に要した費用 _____ 円</li> </ul>
<p>上記のとおり証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地 医療機関 名称 主治医氏名</p> <p>(宛先) 村上市長</p>	
調剤薬局証明書欄	
投薬を要した期間	年 月 日から 年 月 日まで
<p>○投薬に要した費用(薬剤、調剤費を含む。) _____ 円</p> <p>上記のとおり証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地 調剤薬局 名称 氏名</p> <p>(宛先) 村上市長</p>	