

燕市不妊治療費助成事業受診等証明書

保険医療機関証明書欄				
(ふりがな) 氏名 生年月日	夫	() 年 月 日	妻	() 年 月 日
不妊治療に要した期間		年 月 日から 年 月 日まで		
初診日	年 月 日	夫検査日	年 月 日	
不妊治療の内容及び要した費用 ※特定不妊治療を除く保険診療の一部負担金及び、保険適用外診療の治療費（入院費、食事料、文書料及び消費税は対象外）を記入してください。不妊治療を行うに当たり行った検査は含まれます。		◎治療方法の該当箇所に記入してください。 ・タイミング療法 実施 回 ・排卵誘発法 実施 回 ・人工授精 実施 回 ・その他 _____ ◎治療に要した費用 ・医療保険各法の適用を受ける治療 自己負担額 _____ 円 ・その他の治療に要した費用 _____ 円		
上記のとおり証明します。 年 月 日 所在地 医療機関 名称 主治医氏名 ㊟ 燕市長 様				
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		
上記のとおり証明します。 年 月 日 所在地 調剤薬局 名称 氏名 ㊟ 燕市長 様				