

(様式第2)

東海市不妊治療に係る証明書

(あて先) 東海市長

令和 年 月 日

医療機関

所在地

名称

電話番号

氏名、生年月日のみ記入し、
他の箇所は医療機関で証明したものを提出

下記の者については、不妊症と診断し、次のとおり治療等を実施し、これに係る医療費（保険適用分）を徴収したことを証明します。

医療機関が記入

(ふりがな) 受診者氏名 生年月日	夫	とうかい たろう 東海太郎	昭和61年12月4日生(35歳)
	妻	とうかい はなこ 東海花子	平成2年10月2日生(31歳)

治療の実施状況	人工授精	回
	体外受精 ※胚移植の回数	回
	顕微授精 ※胚移植の回数	回
	男性不妊	回

不妊治療開始日 (初診日)	医療機関が記入	月	日
------------------	---------	---	---

区分	一般不妊治療（不妊検査・一般不妊治療・人工授精）				生殖補助医療（体外受精・顕微授精・男性不妊）			
	医療点数	自己負担額	医療点数	自己負担額	医療点数	自己負担額	医療点数	自己負担額
	医療機関徴収分①		薬局徴収分②		医療機関徴収分③		薬局徴収分④	
年 3 月分	点	円	点	円	点	円	10,000点	30,000円
年 4 月分	点						点	円
年 5 月分	点						点	円
年 6 月分	点						点	円
年 7 月分	点						点	円
年 8 月分	点						点	円
年 9 月分	点						点	円
年 10 月分	点						点	円
年 11 月分	点						点	円
年 12 月分	点						点	円
年 1 月分	点						点	円
年 2 月分	点	円	点	円	点	円	点	円

医療機関が記入

本人負担額の内訳

【治療にかかった金額合計】

【特記事項】 ※妊娠判定日をご記入ください。
例) 令和〇年〇月〇日妊娠陽性判定日

※注1 院外処方がある場合は、「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。

※注2 文書料、個室料、先進医療等の保険適用外の費用は含めないでください。

※注3 証明書に記載のない領収書は、助成金の支給対象外となります。

領収金額

30,000円

医療機関が記入

(各治療分の上記自己負担額①～④の合計額となります。)