

医療実施証明書

年 月 日

豊後高田市長 様

医療機関 所在地
 名称
 氏名

㊞

次のとおり当該夫婦間のみにおける不妊治療（投薬）の実施について証明します。

ふりがな 受診者氏名 (生年月日)	夫	(年 月 日)	妻	(年 月 日)
治療 内容				
院外処方 の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
不妊治療における自己負担額				
治療期間	医療機関徴収分			③調剤薬局徴収分
	① 保険診療分		② 保険適用外分	
～ 年 月 日	円	円	円	
～ 年 月 日	円	円	円	
～ 年 月 日	円	円	円	
～ 年 月 日	円	円	円	
上記の不妊治療にかかった自己負担合計金額（①～③の合計）				円

- (注) 1 当該夫婦間のみにおける不妊治療（保険適用、保険適用外）にかかるもののみ記入してください。
- 2 院外処方がある場合は、治療対象となる費用について実施医療機関が証明してください。（調剤薬局の領収書から対象費用を転記してください。）
- 3 入院時の差額ベット代や食事代、文書料等治療に直接関係のない費用は含めないでください。