

年 月 日

香南市長 様

所在地
医療機関名
主治医氏名

次のとおり不妊治療を実施し、これに係る医療費(調剤費)を受診者から領収したことを証明します。

(フリガナ) 受診者氏名	夫	()	妻	()
生年月日		年 月 日(歳)		年 月 日(歳)
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日		
今回の証明に係る診療期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
区 分		本人負担額	院外処方	
年 月 分		円	(なし・あり)	
年 月 分		円	年 月 日	
年 月 分		円	年 月 日	
年 月 分		円	年 月 日	
年 月 分		円	年 月 日	
年 月 分		円	年 月 日	
年 月 分		円	年 月 日	
妊娠成立の有無		有 ・ 無		
領 収 金 額	今回の一般不妊治療にかかった金額の合計			
	保険診療分	① 領収金額		円
	保険外診療分	② 領収金額		円

備考

1. 一般不妊治療(人工授精)に関する費用についてのみ記入してください。
2. 個室料・文書料・食事療養費標準負担額等一般不妊治療(人工授精)に直接関係のない費用は含めないでください。