

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。