渋川市不妊治療費助成事業 医療機関受診証明書

申請者記入欄	(ふりがな) 氏 名					生 年 月 日				
	夫						年	月	日生	
	妻						年	月	日生	
	住 所	渋川市								
	電話		()						
主治医記入欄	診断名					1日/永刀1厶		体外受精又は顕微授精その他の不妊治療		
	診療期間		年 不妊治療を実施	月しました。	日から	•	年	月	日	
	年月日									
		((1)保険診療総点数		点・被保障	点・被保険者負担額		円		
医療機関保険薬局 記入欄	診 療	額 (2	2)保険診療適用外負担額					円		
		(3)受診者領収額((1) + (2)				円		
	医療機関・保険薬局 住所・氏名又は名称						年	月	日	

医療機関・保険薬局の方へ

- ※ 体外受精又は顕微授精 (特定不妊治療) の場合
 - 一回の特定不妊治療について要した費用を記入してください。
- ※ その他の不妊治療(一般不妊治療)の場合 対象年度(4月1日から翌年3月31日)内の不妊治療に要した費用を記入してください。
- ※ 未収金や文書料金等不妊治療と認められない項目は対象外です。