別　記
第１号様式（第４条）

不妊治療等に係る費用の助成事業受診証明書

年　　月　　日

横芝光町長　　様

保険医療機関等
所　在　地
名　　称
主治医氏名　　㊞
（薬剤師氏名）
（自署の場合は押印省略可）

下記のとおり、受診者に対し不妊治療等を行ったことを証明します。

受診者	フリガナ 氏　　名				
	生年月日	年　　月　　日		年　　月　　日	
今回の治療内容等 ※保険適用に該当する内容		□不妊検査（不妊治療等を伴わない不妊症を診断するための検査を除く。） □タイミング法　□人工授精　□体外受精 □顕微授精　□男性に対する治療 □その他（　　）			
院外処方の有無		□あり　□なし			
今回の治療期間		不妊治療等に要した費用		食事療養標準負担額、文書料及び個室料等で不妊治療等に直接関係のない費用	合　計 保険点数 領収金額
		保険点数	保険適用の不妊治療等に係る自己負担分		
	月　日 ～ 月　日	点	円	円	点 円
	月　日 ～ 月　日	点	円	円	点 円
	月　日 ～ 月　日	点	円	円	点 円
	月　日 ～ 月　日	点	円	円	点 円
合計金額			円(A)		
不妊治療等に係る費用の助成事業受診証明書文書料					円(E)

注）本受診証明書は、1年度ごと（4月1日～翌年3月31日）に作成するものとする。