

不妊治療費等助成事業医療機関証明書

年 月 日

和水町長 様

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名 印

下記のとおり、一般不妊治療（タイミング法・人工授精）を実施し、治療費を領収したことを証明します。

タイミング法		人工授精	
受診者		夫	受診者
生年月日	年 月 日		生年月日
貴医療機関における不妊治療開始年月日		妻	受診者
年 月 日 開始			生年月日
病名（不妊症の原因疾患名）		____年度において人工授精を行った期間	
		年 月 日 ～ 年 月 日	
治療の医学的必要性	有 ・ 無	____年度において行った人工授精について記入してください。（医療保険適用後の自己負担分） 第1回 年 月 日 領収金額 円 第2回 年 月 日 領収金額 円 第3回 年 月 日 領収金額 円 第4回 年 月 日 領収金額 円	
____年度における診療期間	年 月 日～		
	年 月 日		
保険診療に要した総点数	点		
保険診療費被保険者負担合計額	円		
処方箋交付日	年 月 日		
薬剤名		____年度 人工授精費用合計領収額 円	
投薬日数	日		
特記事項			

注) 処方箋を交付された場合は、処方箋の写しを添付することも可能です。
注) 文書料、個室料等の直接的な治療費でない費用は含まないでください。