

年 月 日

（宛先）東温市長

保 険 医 療 機 関 の 〇〇産婦人科  
名 称 及 び 所 在 地 〇〇市〇〇〇〇〇〇番地  
主 治 医 氏 名 〇〇 〇〇

下記のとおり不妊治療を実施し、これに係る費用を領収したことを証明します。

|         |             |                                                                                                                                                                       |           |                |       |
|---------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------|-------|
| 治療を受けた者 |             | 主に治療を受けた者                                                                                                                                                             |           | 配偶者            |       |
|         | フリガナ        | トウオン ハナコ                                                                                                                                                              |           | トウオン タロウ       |       |
|         | 氏 名         | 東温 花子                                                                                                                                                                 |           | 東温 太郎          |       |
|         | 生年月日<br>年 齢 | 〇〇年〇〇月〇〇日（〇〇歳）                                                                                                                                                        |           | 〇〇年〇〇月〇〇日（〇〇歳） |       |
| 治療状況    | 治療期間        | 令和5年3月〇〇日 ～ 令和5年7月〇〇日                                                                                                                                                 |           |                |       |
|         | 治療内容        | <input checked="" type="checkbox"/> 不妊検査（不妊治療に付随する検査）                                                                                                                 |           |                |       |
|         |             | <input checked="" type="checkbox"/> 一般不妊治療<br><input type="checkbox"/> タイミング法<br><input checked="" type="checkbox"/> 人工授精（ 2 回）                                       |           |                |       |
|         |             | <input checked="" type="checkbox"/> 生殖補助医療<br><input checked="" type="checkbox"/> 体外受精（ 1 回）<br><input type="checkbox"/> 顕微授精（ 回）<br><input type="checkbox"/> 男性不妊の手術 |           |                |       |
|         |             | <input checked="" type="checkbox"/> その他不妊治療に付随する治療、処置等                                                                                                                |           |                |       |
| 領収金額    | 診療年月        | 領収金額                                                                                                                                                                  | 診療年月      | 領収金額           |       |
|         | 令和5年3月分     | 15,000 円                                                                                                                                                              |           |                |       |
|         | 令和5年4月分     | 20,000 円                                                                                                                                                              |           |                |       |
|         | 令和5年5月分     | 80,000 円                                                                                                                                                              | 年 月分      |                | 円     |
|         | 令和5年6月分     |                                                                                                                                                                       | 年 月分      |                | 円     |
|         | 令和5年7月分     |                                                                                                                                                                       | 年 月分      |                | 円     |
|         | 年 月分        |                                                                                                                                                                       | 年 月分      |                | 円     |
|         | 領 収 金 額 合 計 |                                                                                                                                                                       | 115,000 円 |                |       |
| 院外処方    | 院外処方        | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし                                                                                                    |           |                |       |
|         | 院外処方を行った日   | 令和5年3月12日                                                                                                                                                             | 年 月 日     | 年 月 日          | 年 月 日 |
|         |             | 令和5年3月25日                                                                                                                                                             | 年 月 日     | 年 月 日          | 年 月 日 |
|         |             | 令和5年4月7日                                                                                                                                                              |           |                | 月 日   |
|         |             | 令和5年4月20日                                                                                                                                                             |           |                | 月 日   |
|         |             | 令和5年5月3日                                                                                                                                                              |           |                | 月 日   |
|         |             | 令和5年5月16日                                                                                                                                                             |           |                | 月 日   |

同一年度内に複数回治療を実施した場合（終了日が同じ年度の治療）はまとめて申請可としています。その場合は複数回の治療期間を通算してください。

食事療養費、個室料、文書料は除いてください。（助成対象外）

上記治療期間内の診療年月と領収金額を記入してください。

不妊治療に伴う調剤料も対象としています。薬局からの調剤証明書は求めておらず、この欄と薬局の領収書を突合しますので、院外処方を行った日を記入してください。