

小千谷市不妊不育治療費助成に係る医療機関等証明書

年 月 日

小千谷市長 あて

所在地  
医療機関等 名称  
主治医氏名  
電話番号

印

下記のとおり、受診者の不妊不育治療について証明します。

記

受診者氏名	年 月 日生	配偶者氏名 (パートナー)	
病 名			
治療方法	<input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 人工受精		
	<input type="checkbox"/> 不妊治療（検査） <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療		
	<input type="checkbox"/> その他（ ）		
	妊娠の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 未確認	
治療に要した期間	<input type="checkbox"/> 不妊治療（検査）（ ）		
	出産の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 未確認	
治療に要した 医療費のうち 自己負担額 (A)	円 (薬局代 円含む)		
特記事項			

※院外処方がある場合は、薬局での本人負担額を（A）の自己負担額に含めてあります。

※次に定めるものは、（A）の自己負担額に含めていません。

ア. 医療保険各法の規定に基づく保険者負担分

イ. 入院時の差額ベッド代、食事料、病衣使用代、文書料その他の治療に関係のない費用