

様式第4号（第7条関係）

吉岡町不妊治療費等助成事業 医療機関受診証明書（一般不妊治療）

申請者記入欄	氏名		生年月日
	夫		年 月 日
	妻		年 月 日
	住所	（〒 - ） 吉岡町大字	
	電話番号		

主治医記入欄	診断名			
	診療期間	年 月 日	～	年 月 日
	※実施した治療について、該当事項に○をつけてください。 1. 診察 2. 検査（頸管粘液検査・性交後検査・精液検査・ その他) 3. 処置（卵管通気検査・子宮卵管造影検査・腹腔鏡検査・ その他) 4. ホルモン治療 5. 人工授精 上記のとおり、証明します。 年 月 日 主治医氏名			
			印	

医療機関保険薬局記入欄	A. 保険診療負担額	円
	B. 保険診療適用外負担額	円
	C. 領収額合計（A+B）	円
	上記のとおり、証明します。 年 月 日 医療機関所在地・氏名又は名称	
		印

※H28.4.1以降、不妊治療（体外受精及び顕微授精を除く）に要した費用のみを証明してください。

※文書料、入院費、食事代等治療に直接関係のない経費は含まないでください。

※医療機関等が2カ所以上の場合は、別に本文書を作成してください。