

不育治療費助成申請に係る証明書

下記の者について、不育治療を実施し、これに係る治療費等を下記のとおり受領したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地_____

医療機関の名称_____

主治医氏名_____ ⑩

医療機関記入欄

	氏 名	生年月日
夫		昭和・平成 年 月 日
妻		昭和・平成 年 月 日
不育症治療 を必要とし た理由		
主な治療・ 検査内容	今回の治療期間 年 月 日～ 年 月 日 ☐ 検査（ 検査名： ） ☐ 薬物療法（ 内服 ・ 注射 ） ☐ 手術療法（ 方法： ） ☐ その他（ ）	
治療の結果	出産 ・ 流産 ・ 死産 ・ その他（ ）	
領収金額 金_____円		

注）治療費等は、不育治療に要した治療費・検査費とし、入院時の差額ベッド代や食事代、出産（流産及び死産を含む）に係る費用など、直接治療に関係ないものは含みません。

また、領収金額には、治療期間において不育治療に要した治療費・検査費の合計金額をご記入ください。