

様式第2号（第4関係）

医療機関及び保険薬局証明書

不妊治療開始 年 月 日	年 月 日	病名	
1年間の不妊治療 期 間	年 月 日～ 年 月 日	治療 の 内容	該当する番号に○をしてください。 1 診察 2 検査 3 処置 4 ホルモン剤等 5 その他
医療費（薬剤費） のうち自己負担額	円		

患者氏名 _____ 年 月 日 医療機関・保険薬局 住所 氏名 印

不妊治療費のうち自己負担額の内訳	治療年月	体外受精・顕微授精分 自己負担額	自己負担額	備考
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	合計	円	円	

- 1年間で不妊治療に要した費用のみを医療機関と保険薬局別々に記入し証明してください。
- 内訳につきましては、月毎にご記入ください。
- 申請書の提出に当たって、上記の自己負担額の領収書を持参ください。
なお、未集金や文書料等不妊治療と認められないものは助成対象から除かれます。