

様式第2号（第4関係）

医療機関及び保険薬局証明書

患者氏名			
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） のうち領収済自己 負担額	円		

証明欄 年 月 日 医療機関又は保険薬局住所 医療機関名又は保険薬局名	印
--	---

不妊治療費のうち領収済自己負担額の内訳	治療年月	体外受精・顕微授精分 領収済自己負担額	左欄以外の 領収済自己負担額	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	
	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。未払金は、助成の対象とならないため、証明額に含まないでください。
- 内訳については、月ごとに証明額をご記入ください。
- 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。