

基山町不妊治療費助成事業に係る受診等証明書

下記の者については、不妊治療を実施し、これに係る治療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
生年月日		年 月 日		年 月 日
今回の治療方法	該当する番号に○印をつけてください。 1. 人工授精 2. 体外受精・顕微授精 3. 男性不妊治療 4. その他 ()			
今回の治療期間 ※先進医療を含め不妊治療を行った期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
領収金額	保険診療分の本人負担（領収）金額 領収金額 金 円 保険診療以外の不妊治療に係る本人負担（領収）金額 （先進医療として告示された治療にかかった費用） 領収金額 金 円			

※ 文書料、食事代、個室料等の直接的な治療ではない費用は含めないでください。