

不妊治療医療機関受診等証明書

年 月 日

野々市市長 宛

(医療機関等)

住 所

名 称

代 表 者

電話番号

下記のとおり、不妊治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名		男 女	生年月日	年 月 日 (歳)	
貴医療機関における不妊治療開始年月日			年 月 日		
今回の証明に係る診療期間 ※年度単位（4月1日から3月31日）の診療分が対象			年 月 日 ～ 年 月 日		
本人負担額の 内訳 (4月から翌年3月まで)	年度	保険診療分		保険診療以外の 本人負担金額 (※)	
		診療点数	本人負担金額		
	4月分	点	円	円	
	5月分	点	円	円	
	6月分	点	円	円	
	7月分	点	円	円	
	8月分	点	円	円	
	9月分	点	円	円	
	10月分	点	円	円	
	11月分	点	円	円	
	12月分	点	円	円	
	1月分	点	円	円	
	2月分	点	円	円	
3月分	点	円	円		
保険診療に要した総点数		点	円	保険診療以外 合計 (※)	円
不妊治療の内容	<input type="checkbox"/> タイミング治療		<input type="checkbox"/> 薬物療法（内服・注射）		
	<input type="checkbox"/> 腹腔（子宮）鏡手術		<input type="checkbox"/> 人工授精		
	<input type="checkbox"/> 体外受精		<input type="checkbox"/> 顕微授精		
	<input type="checkbox"/> その他手術（ ）		<input type="checkbox"/> 検査（ ）		
	<input type="checkbox"/> その他（ ）				
院外処方の有無		<input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 無し			

備考

- 1 不妊治療開始以後、助成を開始した月から2年間助成を受けることができます。なお、年齢制限はありません。
- 2 原則保険適用でおこなった治療費が助成の対象となります。保険診療以外の本人負担金額は、保険診療となる治療をおこなったが保険適用の年齢・回数制限により保険診療とならなかった場合のみ助成の対象となります。上記の理由により発生した金額のみ記載してください。また、治療に直接関係ない費用は含まないでください。
- 3 1年度中（4月1日から翌年3月31日まで）に本人が負担した不妊治療費について、翌年度の6月30日までに申請をおこなうと助成を受けることができます。なお、年度の途中でも申請できます。
- 4 医療機関が発行した受診等証明書の「院外処方の有無」が「有り」の場合は、院外処方に要した費用も対象になります（薬局が発行する同証明書の添付が必要です）。