

医療実施証明書

年 月 日

(あて先) 臼杵市長

医療機関 名称
所在地
主治医氏名
(自署又は記名押印)

印

下記の者については、不妊治療が必要であり、次のとおり治療（配偶者間の不妊治療）を実施したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日		年 月 日
院外処方の有無	□有り □なし			
治療期間	実費負担額（夫婦の不妊治療行為に係る負担額）			
	医療機関徴収分 ①		薬局徴収分 ②	
年 月 日～ 年 月 日	円		円	
年 月 日～ 年 月 日	円		円	
年 月 日～ 年 月 日	円		円	
年 月 日～ 年 月 日	円		円	
今回の治療にかかった金額合計				
領収金額 円（上記本人負担額①～②の合計額）				

(注)

- 1 当該患者に関して行った不妊治療および検査費用に係るもののみご記入ください。
- 2 院外処方がある場合は、それらの額のうち、対象となる費用も含めて不妊治療実施医療機関が証明を行ってください。（「実費負担額」欄の「薬局徴収分」に薬局の領収書から医療保険適用外負担額を転記してください。）
- 3 文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。