

(様式第2)

半田市不妊治療に係る証明書

年 月 日

(あて先) 半田市長

医療機関

所在地

名称

電話番号

㊞

下記の者については、不妊症と診断し、次のとおり不妊治療等を実施し、これに係る医療費（保険適用分）を徴収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名 生年月日	夫	年 月 日生 (歳)
	妻	年 月 日生 (歳)

治療の実施状況	人工授精	回
	体外受精 ※胚移植の回数	回
	顕微授精 ※胚移植の回数	回
	男性不妊	回

不妊治療開始日 (初診日)	年 月 日
------------------	-------

本人負担額の内訳	区分	一般不妊治療（不妊検査・一般不妊治療・人工授精）				生殖補助医療（体外受精・顕微授精・男性不妊）			
		医療点数	自己負担額	医療点数	自己負担額	医療点数	自己負担額	医療点数	自己負担額
		医療機関徴収分①		薬局徴収分②		医療機関徴収分③		薬局徴収分④	
		点	円	点	円	点	円	点	円
	年 3 月分	点	円	点	円	点	円	点	円
	年 4 月分	点	円	点	円	点	円	点	円
	年 5 月分	点	円	点	円	点	円	点	円
	年 6 月分	点	円	点	円	点	円	点	円
	年 7 月分	点	円	点	円	点	円	点	円
	年 8 月分	点	円	点	円	点	円	点	円
	年 9 月分	点	円	点	円	点	円	点	円
	年 1 0 月分	点	円	点	円	点	円	点	円
	年 1 1 月分	点	円	点	円	点	円	点	円
	年 1 2 月分	点	円	点	円	点	円	点	円
	年 1 月分	点	円	点	円	点	円	点	円
	年 2 月分	点	円	点	円	点	円	点	円

[治療にかかった金額合計]

領収金額

円

(各治療分の上記自己負担額①～④の合計額となります。)

【特記事項】※妊娠判定日をご記入ください。
例) 令和〇年〇月〇日妊娠陽性判定日

※注 1 院外処方がある場合は、「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。

※注 2 文書料、個室料、先進医療等の保険適用外の費用は含めないでください。

※注 3 証明書に記載のない領収書は、助成金の支給対象外となります。