

箕輪町不妊治療費助成事業医療費等証明書

年 月 日

医療機関 所在地
(調剤薬局) 名 称
代表者署名又は記名押印
電話番号

下記のとおり不妊治療を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。

1 受診者

氏 名	申請者	配偶者（パートナー）
生年月日	年 月 日	年 月 日
治療期間 ※1	年 月 日 ～ 年 月 日	
治療内容	タイミング法・人工授精・体外受精・顕微授精・男性不妊の手術（該当に○）	

2 領収済金額内訳

治療年月	領収済患者負担額		公費等適用確認
	保険適用分	保険適用と併用した先進医療分	1 マイナ保険証利用の場合 「限度額情報の表示」に同意 2 資格確認書利用の場合 「限度額適用認定証」の提示 3 福祉医療費受給者証の提示 上記 1~3 に該当する場合は☑
年 月分	円	円	☐ 限度額情報に同意 ☐ 限度額認定証の提示 ☐ 福祉医療の提示
年 月分	円	円	☐ 限度額情報に同意 ☐ 限度額認定証の提示 ☐ 福祉医療の提示
年 月分	円	円	☐ 限度額情報に同意 ☐ 限度額認定証の提示 ☐ 福祉医療の提示
年 月分	円	円	☐ 限度額情報に同意 ☐ 限度額認定証の提示 ☐ 福祉医療の提示
年 月分	円	円	☐ 限度額情報に同意 ☐ 限度額認定証の提示 ☐ 福祉医療の提示
年 月分	円	円	☐ 限度額情報に同意 ☐ 限度額認定証の提示 ☐ 福祉医療の提示
年 月分	円	円	☐ 限度額情報に同意 ☐ 限度額認定証の提示 ☐ 福祉医療の提示
合 計	円	円	

※1 排卵準備のための薬品投与開始等から妊娠の確認等に至るまでの不妊治療の実施の一連の過程をいう。

一治療期間ごと記入してください。

- ・必ず夫婦両方の氏名を記載してください。
- ・この証明書は、医療機関ごと薬局ごとに必要です。
- ・同一の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、夫婦合算した金額を記入してください。