上里町不妊治療実施証明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者記入欄 |  | 夫 | 妻 |
| フリガナ | 　　　　　　　　　　　　　　 |  |
| 氏名 |  |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 現住所 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **医療機関証明欄** | 不妊治療に要した期間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで |
| 不妊治療内容等 | 体外受精又は顕微授精 | Ａ　　　 Ｂ 　　　Ｃ　　　 Ｄ　　　 Ｅ　 　　ＦＡ又はＢの場合　□体外受精　　□顕微授精□上記治療に伴う男性不妊治療（精巣内精子採取術等） |
| その他の不妊治療 | □タイミング法　　　□人工授精　　□検査・検診□画像診断・処置　　□投薬　　　　□その他 |
| ※先進医療 | □実施していない　　　□実施した |
| 医療保険適用外の医療費額 | 円 |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。年　　月　　日　　　　所在地医療機関の名称医師の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **薬局証明欄** | 医療保険適用外の薬剤額 | 円 |
| 　上記のとおり相違ないことを証明します。年　　月　　日　　　所在地薬局の名称薬剤師の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

**（注）証明いただく医療費額は、不妊治療に要した医療保険適用外の費用のみの夫婦合算額としてください。なお、文書作成料と※先進医療は助成対象外です。**

＊上里町記載欄　領収書集計表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 年月日 | 領収書の金額 | 助成対象額 | № | 年月日 | 領収書の金額 | 助成対象額 |
| １ |  | 円 | 円 | ３ |  | 円 | 円 |
| ２ |  | 円 | 円 | ４ |  | 円 | 円 |
|  | 助成対象合計額　　　　　　　　　　円 |