

渋川市不妊治療費助成事業 医療機関受診証明書

申請者 記入欄	(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日
	夫		年 月 日生
	妻		年 月 日生
	住 所	渋川市	
	電 話	()	

主治医 記入欄	診 断 名		治療方法 (どちらかに○)	・体外受精又は顕微授精 ・その他の不妊治療
	診療期間	年 月 日 から 年 月 日		
	上記のとおり不妊治療を実施しました。 年 月 日 主治医氏名			

医療機関 保険薬局 記入欄	診 療 額	(1)保険診療総点数 点・被保険者負担額 円	
		(2)保険診療適用外負担額	円
		(3)受診者領収額(1)+(2)	円
	医療機関・保険薬局 住所・氏名又は名称		

医療機関・保険薬局の方へ

- ※ 体外受精又は顕微授精（特定不妊治療）の場合
一回の特定不妊治療について要した費用を記入してください。
- ※ その他の不妊治療（一般不妊治療）の場合
対象年度（4月1日から翌年3月31日）内の不妊治療に要した費用を記入してください。
- ※ 未収金や文書料金等不妊治療と認められない項目は対象外です。