

様式第2号（第6条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

長泉町不妊・不育治療費助成金交付申請用受診等証明書

下記の者について、不妊治療又は不育治療を実施し、これに係る治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関所在地  
名称  
主治医氏名

印

実施医療機関記入欄(主治医をご記入ください)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
受診者生年月日		年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
区分	領収金額			
	保険適用	保険適用外	小計	
一般不妊治療	円	円	円	
人工授精	円	円	円	
特定不妊治療	円	円	円	
先進医療	円	円	円	
男性不妊治療	円	円	円	
薬局徴収分	円	円	円	
不育治療	円	円	円	
今回の治療にかかった診療費の自己負担額 合計			円	
今回の治療経過についてご記入ください（治療を中断した場合は、その経過を含む）				

(備考)

- 1 助成対象となる不妊・不育治療の費用は、治療費、検査料及び直接治療に必要な凍結保存料です（差額ベッド代、食事代、文書料、予防接種費用、処方箋のないサプリメント代等治療に直接関係のない費用を除きます）
- 2 院外処方がある場合、「薬局徴収分」に薬局の領収書から自己負担額を転記してください