

前橋市一般不妊治療費助成事業医療機関受診証明書

(宛先) 前橋市長 年 月 日

医療機関の所在地及び名称

主治医氏名 印

下記のとおり一般不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

受診者	氏 名		生年月日		
	夫		昭和・平成	年	月 日
	妻		昭和・平成	年	月 日
今回の証明に係る治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
医療費	(A) 被保険者負担額		円		
	(B) 保険診療適用外負担額		円		
	(C) 領収金額 (A) + (B)		円		
不妊治療の内容	チェックまたは記入してください。 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 薬物療法 (内服・注射) <input type="checkbox"/> 不妊治療に係る手術 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> その他医師が必要と認めた不妊検査・治療 ( )				

- 1 一般不妊治療 (検査を含む) に係る費用についてのみご記入ください。
- 2 食事療養費標準負担額、個室料、文書作成料等の治療以外の費用は含まないでください。
- 3 夫婦合算額をご記入ください。