

一般不妊治療費助成医療機関等証明書

年 月 日

(宛先) 防府市長

(産婦人科又は泌尿器科を標榜する医療機関)

所在地

名称

代表者

電話番号

下記のとおり、不妊治療を実施し、保険診療に係る被保険者負担額を領収したことを証明します。

記

受診者氏名	
受診者生年月日	年 月 日
治療の医学的必要性	有 ・ 無
当該証明書に係る診療期間	年 月 日から 年 月 日まで
保険診療に要した総点数 ※注1	点
医療保険各法の規定に基づく被保険者、組合員又は被扶養者であることの確認(健康保険証等の確認)	済 ・ 未
保険診療費被保険者負担額(領収額) ※注2	円
処方せんを交付された場合は、その薬剤名	

※注1 医療保険各法の規定による不妊治療（診断のための検査や治療効果を確認するための検査等治療の一環として実施される検査を含む。ただし、人工授精、体外受精及び顕微授精（精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術を含む）を除く。）の点数

※注2 医療保険各法の規定による入院時食事療養に係る療養を受ける者については、当該入院時療養費の給付に関するこれらの法律に規定する標準負担額を除く。

**診療期間が複数年度にまたがる場合は、年度毎に証明書を作成してください。**  
(同一年度内で複数の証明書がある場合は、合算して助成金を申請することができます。)