

様式第2号（第9条関係）

年度一般不妊治療・不育症治療費助成申請に係る証明書

下記の者について、一般不妊症・不育症に関する検査・治療を実施し、これに係る治療費等を下記のとおり受領したことを証明します。

対馬市長 様

年 月 日

医療機関の所在地.....

医療機関の名称.....[㊞]

主治医の氏名.....[㊞]

医療機関記入欄

	氏 名	生 年 月 日	
夫		年 月 日	
妻		年 月 日	
今回の治療期間	年 月 日～ 年 月 日		
治療の内容	<input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 不育症治療 <input type="checkbox"/> 院外処方有		
本人負担額の内訳	区分	実費（保険適応外）負担額	
		医療機関徴収分①	薬局徴収分②
	年4月	円	円
	年5月	円	円
	年6月	円	円
	年7月	円	円
	年8月	円	円
	年9月	円	円
	年10月	円	円
	年11月	円	円
	年12月	円	円
	年1月	円	円
	年2月	円	円
年3月	円	円	
【今回の治療にかかった金額合計】			
領収金額	金.....円（上記本人負担額①②の合計額）		

- ※ 治療の内容については、該当する□にチェックをしてください。
- ※ 一般不妊治療、不育症に関する検査及び治療についてのみ記入してください。
- ※ 入院時の差額ベッド代、食事代など直接治療に関係ない費用は含みません。