

飯山市こうのとり支援事業受診等証明書

年 月 日

医療機関・薬局等

住 所

名 称

主治医・代表者氏名

印

次の者について、生殖医療・不育症治療を実施し、これに係る医療（調剤）費を次のとおり徴収したことを証明します。

夫の氏名		生年月日	年 月 日
妻の氏名		生年月日	年 月 日
主たる治療	1 一般不妊治療（タイミング法・人工授精・その他（ ）） 2 生殖補助医療（体外受精・顕微授精） 3 不育症治療 4 先進医療・その他（ ）		
体外受精・顕微授精の回数	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 4回目 ・ 5回目 ・ 6回目		
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日		

年度	保険診療分		保険適用外
	医療費総額	本人負担額	本人負担額
4月	円	円	円
5月	円	円	円
6月	円	円	円
7月	円	円	円
8月	円	円	円
9月	円	円	円
10月	円	円	円
11月	円	円	円
12月	円	円	円
1月	円	円	円
2月	円	円	円
3月	円	円	円
合計	円	円	円

※ 夫婦以外の第三者からの精子・卵子・胚の提供による不妊治療、代理母・借り腹による不妊治療は除きます。また、入院時の特別療養環境室料、食事代、文書料等の治療と直接関係ない費用は含みません。

※ この証明書は、入院・入院外ごと、医療機関・薬局ごと、主たる治療ごとに1枚ずつ必要です。