

### 南魚沼市不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、不妊治療によらなければ、妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領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

医療機関記入欄 (治療に関する事項については主治医がご記入ください)

ふりがな 氏名 生年月日	妻	年 月 日 ( 歳)	夫	年 月 日 ( 歳)
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
治療内容	タイミング療法 排卵誘発法 人工授精 体外受精 顕微授精 その他 ( ) ※該当箇所に○を付け、その他の場合は詳細を記入してください。			
治療経過	※妊娠判定、中止・中断理由等を記入してください。			
他の医療機関 への依頼有無	有 (依頼先医療機関名 ) ・ 無			
領収年月日	年 月 日 ~ 年 月 日			
領収金額	金 円 (消費税込)			
院外処方	有 ・ 無			
限度額適用 認定証区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ※高額療養費制度の対象となった場合、該当する区分に○を付けてください。			

※注意 検査費用については、不妊治療の必要性を判断するために検査を行い、その後不妊治療を受ける場合は助成対象になります。検査の結果、不妊治療に至らなかった場合は助成対象になりません。