

令和8年度砥部町不妊治療費助成事業受診等証明書

（一般不妊治療用）

次の者については、不妊治療以外の治療法によっては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、不妊治療を実施した医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

砥部町長 様

医療機関の名称

所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

	夫	妻
（ふりがな） 受診者氏名	（ ）	（ ）
受診者の生年月日	年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
治療期間※1	年 月 日～ 年 月 日 上記治療開始時の妻の年齢（ ）歳	
実施した治療内容 （該当項目に☑）	<input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 人工授精（ 回） <input type="checkbox"/> 手術療法（内容 ） <input type="checkbox"/> その他 （ ）	
領収金額	一般不妊治療費（保険適用分）にかかった患者負担額	① 円
	院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ②薬局領収金額 ※2 円
限度額適用認定の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（区分 ）	
今回の治療にかかった領収金額の合計（薬局分含む）	領収金額 _____ 円 ①+②の金額	

※1 貴医療機関において、助成対象となる不妊治療を行った期間を記入してください。複数日にわたり治療を行った場合には、最初の治療日と最後の治療日を記入してください。治療開始日は、原則、主治医が一般不妊治療を開始すると決定した日、治療終了は、原則、妊娠判定日又は治療を中止した令和8年度内の日となります。

※2 医療保険適用の調剤のみ記載してください。

