

都城市不妊治療医療費等助成金交付医療機関証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療を実施し、これに係る医療費等を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

※医療機関記入欄（太枠内以外は主治医が記入すること）

フリガナ 受 診 者 氏 名	夫		妻	
受診者生年月日		年 月 日		年 月 日
一般不妊治療の 実施状況	一般不妊治療に関わる治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日	
	※医師の診断等により治療を中断した場合に記入してください。 (治療中断期間) 年 月 日 ～ 年 月 日 (事由)			
	人工授精実施回数		回	
今回の治療結果	1. 妊娠成立 2. 妊娠に至らず 3. 治療継続中 4. その他 () 該当する番号に○を付けてください。			
本人負担額 の内訳	区 分 (診療月)		本人負担額	
	年 月分		円	
	年 月分		円	
	年 月分		円	
	年 月分		円	
	年 月分		円	
	年 月分		円	
	年 月分		円	
	年 月分		円	
	年 月分		円	
	年 月分		円	
	年 月分		円	
合計		円		

注 1 当該患者に関して行った一般不妊治療に係る費用のみ御記入ください。
2 文書料、個室料等の治療に直接的関係のない費用は含めないでください。