

八幡浜市不妊治療等に係る費用の助成事業受診証明書

年 月 日

八幡浜市長 様

所在地  
 保険医療機関等 名称  
 主治医氏名

下記のとおり、受診者に対し不妊治療等を行ったことを証明します。

記

受診者	ふりがな					
	氏名					
	生年月日	年 月 日				
診療月	年 月分					
診療月における 治療内容	<input type="checkbox"/> 不妊検査 <input type="checkbox"/> 不妊治療 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性に対する治療 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
診療日 ※不妊治療等に係る診察日のみご記入ください。		不妊治療等に要した費用		食事療養標準負担額、文書料、個室料等の不妊治療等に直接関係のない費用	合計 (領収金額)	
		保険適用 (助成対象)	保険適用外			
		日	円	円	円	円
		日	円	円	円	円
		日	円	円	円	円
		日	円	円	円	円
		日	円	円	円	円
		日	円	円	円	円
		日	円	円	円	円
		日	円	円	円	円
		日	円	円	円	円
		計日	円	円	円	円