

医療機関証明書

年 月 日

豊後大野市長 様

所在地
医療機関 名称
主治医氏名

⑨

下記のとおり不妊治療に係る診療（投薬）を実施し、費用を領収したことを証明します。

受診者	(ふりがな) 氏 名	夫	()	妻	()
	生年月日		年 月 日		年 月 日
院外処方の有無		□あり □なし			
領収日	領収金額	領収金額のうち不妊治療に係る費用 (注)1・2参照		実施した不妊治療及び不妊検査の内容	
年 月 日	円	円			
今回の不妊治療及び不妊検査にかかった本人負担金額の合計					
領収金額		円			

- (注) 1 当該患者に関して行った不妊治療及び不妊検査に係る費用のみご記入ください。
医療保険診療一部負担と医療保険適用外負担のいずれもご記入ください。
- 2 入院費や食事代、文書料等の治療に直接関係のない費用は含まないでください。
- 3 院外処方がある場合は、それらの額のうち不妊治療に係る費用のみ治療実施医療機関が本証明書にて証明を行ってください。
- 4 年度内に領収した費用でまとめてください。