

岡谷市不妊及び不育症治療費等助成事業受診等証明書

年 月 日

岡谷市長 様

医療機関・薬局 住所 _____

名称 _____

主治医・薬剤師 _____

下記の者について、不妊治療等を実施し、これに係る医療費（調剤）費の領収について、次のとおり証明します。

		夫	妻
(フリガナ) 受診者氏名			
受診者生年月日		年 月 日	年 月 日
1. 一般不妊治療	治療の内容 <small>該当する治療法に○をつけてください。</small>	・タイミング法 ・人工授精 ・薬物療法(院外処方分) ()	
	治療期間(当該年度中)	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日
	保険診療 一部負担金額	円	円
	保険適用外金額	円	円
	総領収金額	円	円
2. 生殖補助医療	治療の内容 <small>該当する治療法に○をつけてください。</small>	・体外受精 ・顕微授精 ・男性不妊治療 ()	
	治療期間		
	保険診療 一部負担金額	円	円
3. 不育症治療	治療の内容 <small>該当する治療法に○をつけてください。</small>	・不育症検査 ・不育症治療 ()	
	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日
	保険診療 一部負担金額	円	円
	保険適用外金額	円	円
	総領収金額	円	円

※入院時食事療養費、差額ベッド代、文書料等直接治療に関係ない費用は、対象外です。