

岡谷市不妊及び不育症治療費等助成事業受診等証明書

岡谷市長 様

☆医療機関名・薬局名、住所、
主治医・薬剤師名をご記入ください。

年 月 日

医療機関・薬局 住所 岡谷市××

名称 ○○医院

主治医・薬剤師 岡谷 太郎

☆1. 一般不妊治療 2. 生殖補助医療
3. 不育症治療 の該当箇所に夫・妻
それぞれの治療分をご記入ください。

下記の者について、不妊治療費、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			諏訪 花子
受診者生年月日		年 月 日	H2年 3月 4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		※複数回をまとめてご記入いただく場合 例 ①令和8年10月1日~10月25日 ②令和8年11月5日~11月20日 ③令和8年12月7日~12月17日
	保険診療 一部負担金額	円	①12,000円 ②20,000円 ③25,000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

一連の治療期間（採卵～妊娠確認
まで）を1回とし、それぞれの
治療期間と保険診療一部負担金額を
ご記入ください。
※生殖補助医療については、保険適用外
金額の記入は不要です。