

能美市子宝支援給与金医療機関証明書(生殖補助医療)

年 月 日

能美市長 宛て

〈医療機関等〉

住 所:

名 称:

代 表 者:

電話番号:

次のとおり、生殖補助治療を実施し、これに係る治療費等を徴収したことを証明します。

No.	〔 年度〕 治療期間※1	助成対象となる治療費			※2のうち保険診療と併用し実施した先進医療の有無
		保険診療分		保険診療以外の 本人負担金額※2	
		診療点数	本人負担金額		
夫	(フリガナ) 氏 名 ( )	生 年 月 日		本医療機関における 不妊治療開始年月日	
妻	( )	年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ~	
1	年 月 日 ~ 年 月 日	点	円	円	<input type="checkbox"/> 有…裏面の記入も必要です。 <input type="checkbox"/> 無…裏面の記入は不要です。
2	年 月 日 ~ 年 月 日	点	円	円	<input type="checkbox"/> 有…裏面の記入も必要です。 <input type="checkbox"/> 無…裏面の記入は不要です。
3	年 月 日 ~ 年 月 日	点	円	円	<input type="checkbox"/> 有…裏面の記入も必要です。 <input type="checkbox"/> 無…裏面の記入は不要です。
4	年 月 日 ~ 年 月 日	点	円	円	<input type="checkbox"/> 有…裏面の記入も必要です。 <input type="checkbox"/> 無…裏面の記入は不要です。
5	年 月 日 ~ 年 月 日	点	円	円	<input type="checkbox"/> 有…裏面の記入も必要です。 <input type="checkbox"/> 無…裏面の記入は不要です。

※1)採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。

※市処理欄

No.	助成対象となる治療費	市給与対象金額	市給与金額	総給与決定金額
1				_____ 件  _____ 円
2				
3				
4				
5				

(先進医療)不妊治療費支援事業受診等証明書

先進医療として告示されている医療技術を保険診療と併用して実施し、これに係る医療費を以下のとおり徴収したことを証明します。

1	※治療期間	年	月	日	～	年	月	日
先進医療技術名	実施日				領収金額			
	年	月	日	円				
	年	月	日	円				
	年	月	日	円				
	年	月	日	円				
	年	月	日	円				
2	※治療期間	年	月	日	～	年	月	日
先進医療技術名	実施日				領収金額			
	年	月	日	円				
	年	月	日	円				
	年	月	日	円				
	年	月	日	円				
	年	月	日	円				
3	※治療期間	年	月	日	～	年	月	日
先進医療技術名	実施日				領収金額			
	年	月	日	円				
	年	月	日	円				
	年	月	日	円				
	年	月	日	円				
	年	月	日	円				
4	※治療期間	年	月	日	～	年	月	日
先進医療技術名	実施日				領収金額			
	年	月	日	円				
	年	月	日	円				
	年	月	日	円				
	年	月	日	円				
	年	月	日	円				
5	※治療期間	年	月	日	～	年	月	日
先進医療技術名	実施日				領収金額			
	年	月	日	円				
	年	月	日	円				
	年	月	日	円				
	年	月	日	円				
	年	月	日	円				

※採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。