

医療実施証明書

年 月 日

由布市長 様

医療機関  
所在地  
名称  
氏名

次のとおり当該夫婦間のみにおける特定不妊治療に係る診療（投薬）の実施について証明します。

ふりがな 受診者氏名 (生年月日)	夫	( 年 月 日)	妻	( 年 月 日)
治療内容				
特定不妊治療における自己負担額				
治療期間	医療徴収分		③調剤徴収分	
	①保険診療分			
年 4月				
年 5月				
年 6月				
年 7月				
年 8月				
年 9月				
年 10月				
年 11月				
年 12月				
年 1月				
年 2月				
年 3月				
上記の特定不妊治療にかかった自己負担額合計金額（①～③の合計）				円

(注)

- 1 当該夫婦間のみにおける特定不妊治療（保険適用、保険適用外）にかかるもののみ記入してください。
- 2 院外処方がある場合は、治療対象となる費用について実施医療機関が証明してください。（調剤薬局の領収書から対象費用を転記してください。）
- 3 入院時の差額ベット代や食事代等治療に直接関係のない費用は含めないでください。