

様式第2号（第6条関係）

伊勢市不妊不育治療医療費助成金に係る医療機関等証明書

年 月 日

(宛先) 伊勢市長

所在地
医療機関等 名称
代表者氏名
電話番号

下記のとおり不妊不育治療を実施し、これに係る医療費(自己負担分)を領収したことを証明します。

記

医 療 機 関 等 証 明 欄				
(ふりがな) 受診者氏名 生年月日	夫	年 月 日生 (歳)	妻	年 月 日生 (歳)
病 名 (不妊症又は 不育症の原因 疾患名)	☐ 不妊症の原因 () ☐ 不育症の原因 ()			
年度における 不妊不育治療に 要した期間	☐ 不妊症 (年 月 日 から 年 月 日まで) ☐ 不育症 (年 月 日 から 年 月 日まで)			
不妊不育治療の 内 容	☐ 一般不妊治療 ☐ 人工授精 ☐ タイミング療法 ☐ 排卵誘発法 ☐ 検査・診察 ☐ 投薬 ☐ その他 () ☐ 特定不妊治療 (体外受精・顕微授精) ☐ 男性不妊治療 ☐ 不育治療 ()			
不妊不育治療に 要した医療費の うち自己負担額 (4月から翌年 3月までの額)	合計 円 ＜内訳＞ 1 保険外診療分の不育症治療費(食事代、入院費及び文書料は、含まない。) 円 2 1の治療費を除く不妊不育治療の治療費(食事代及び入院費は、含まない。) 円			
特 記 事 項				