

保険医療機関等証明書

医療機関証明欄	
不妊治療を受けた者の氏名	
不妊治療に要した期間	年 月 日から 年 月 日まで
<p>不妊治療の内容及び要した費用 ※不妊治療を行うに当たり行った検査を含む。</p> <p>※先進医療を実施した場合、次の□に<input checked="" type="checkbox"/>を入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/>実施した先進医療に係る実施医療機関として承認されている医療機関である。</p> <p><input type="checkbox"/>先進医療として告示されている医療技術を保険診療となる生殖補助医療と併用して実施した。</p>	<p>○治療方法の該当箇所に記入してください。</p> <p>【特定不妊治療】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・体外受精 実施（ ）回 ・顕微授精 実施（ ）回 ・その他（ ）実施（ ）回 <p>【一般不妊治療】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・タイミング療法 実施（ ）回 ・排卵誘発法 実施（ ）回 ・人工授精 実施（ ）回 ・その他（ ）実施（ ）回 <p>【先進医療】 医療技術名を記入してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 実施（ ）回 ・ 実施（ ）回 ・ 実施（ ）回 <p>院外処方 <input type="checkbox"/>有 ・ <input type="checkbox"/>無</p> <p>○治療に要した費用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療保険各法の適用を受ける治療 自己負担額 _____ 円 ・先進医療に要した費用 自己負担額 _____ 円 ・その他の治療に要した費用 自己負担額 _____ 円
<p>上記のとおり証明します。 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所在地 医療機関 名称 印 主治医氏名</p> <p>(宛先) 三条市教育委員会</p>	
調剤薬局証明欄	
投薬を要した期間	年 月 日から 年 月 日まで
<p>○投薬に要した費用（薬剤費、調剤費を含む。） _____ 円</p> <p>上記のとおり証明します。 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所在地 調剤薬局 名称 印 氏名</p> <p>(宛先) 三条市教育委員会</p>	

注 「院外処方」については、医療機関で院外処方を出した場合は、「有」の□に「」印を記入してください。「無」の場合は、治療期間内であっても調剤薬局での費用は助成対象となりません。