

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
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>○治療方法の該当箇所に記入してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・タイミング療法 実施（ ）回</li> <li>・排卵誘発法 実施（ ）回</li> <li>・人工授精 実施（ ）回</li> <li>・体外受精 実施（ ）回</li> <li>・顕微授精 実施（ ）回</li> <li>・その他（ ）</li> </ul> <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"> <li>・医療保険各法の適用を受ける治療 自己負担額 _____ 円</li> <li>・その他の治療に要した費用 _____ 円</li> </ul>
<p>上記のとおり証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所在地 医療機関 名称 主治医氏名</p> <p>(宛先) 新発田市長</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。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所在地 調剤薬局 名称 氏名</p> <p>(宛先) 新発田市長</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。

注) 夫婦以外の第三者からの精子・卵子・胚の提供によるもの、借り腹、代理母による不妊治療は助成対象となりません。