

松田町一般不妊治療費医療機関等証明書

年 月 日

松田町長 殿

次のとおり一般不妊治療を実施したことを証明します。

医療機関名称

所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医がご記入ください）

		夫	妻
ふりがな			
氏名			
生年月日	年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）
証明 ・ 治療状況	診断名	治療開始日 年 月 日	
	申請 証明理由	<input type="checkbox"/> 妊娠に伴い、一般不妊治療を終了したため（出産予定日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 特定不妊治療への変更に伴い、一般不妊治療を終了したため <input type="checkbox"/> 一般不妊治療保険外診療の自己負担額が5万円以上になったため <input type="checkbox"/> 治療期間が1年を経過したため	
	証明 治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
証明治療年月	保険外診療自己負担額	検査・治療内容	
年 月分	円	該当するものに✓印を記入してください。 <input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法（ 回） <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 精巣精検 <input type="checkbox"/> 人工授精（ 回） <input type="checkbox"/> 手術療法 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
年 月分	円		
年 月分	円		
年 月分	円		
年 月分	円		
年 月分	円		
年 月分	円		
年 月分	円		
年 月分	円		
年 月分	円		
年 月分	円		
合計	円		

注1 助成対象は保険外診療治療分です（保険適用分及び文書料等の直接治療に関わらない費用は対象外）。  
 注2 1回目の一般不妊治療を開始した日から起算して2年間が助成対象期間となります。  
 注3 証明治療期間の最終日から6か月以内に申請してください。