

弥彦村不妊治療費助成事業受診等証明書

治療を受けた者の氏名(1)	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日(歳)
治療を受けた者の氏名(2)	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日(歳)

保険医療機関証明書欄

治療内容 (不妊治療を行うにあたり行った検査は含まれます)	<input type="checkbox"/> タイミング法	<input type="checkbox"/> 排卵誘発法	<input type="checkbox"/> 人工授精
	<input type="checkbox"/> 体外受精	<input type="checkbox"/> 顕微授精	
	<input type="checkbox"/> その他()		
不妊治療に要した期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

○検査・治療に要した費用(保険適用額の本人負担分)

〈各月明細〉 年 月 ~ 年 月分

	氏名(1)	氏名(2)
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
合計	円	円
総計	円	

上記のとおり証明します。

年 月 日

所在地

医療機関 名称

主治医氏名

印

弥彦村長 様

調剤薬局証明書欄

○投薬に要した費用（保険適用額の本人負担分）

〈各月明細〉 _____ 年 月 ～ _____ 年 月分

	氏 名 (1)	氏 名 (2)
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
合 計	円	円
総 計		円

上記のとおり証明します。

年 月 日

所在地

調剤薬局 名 称

氏 名

印

弥彦村長 様