

**重要** ※必ずお読みください。

《注意事項》

- ①助成対象期間(検査開始日から1年間)内の診療分について記載してください。
- ②入院時食事療養費、差額ベッド代及び文書料など、不妊検査及び一般不妊治療に直接関係のない費用は対象外のため、記載しないでください。
- ③夫の検査・治療費用を妻の検査・治療費用に含む場合は、その旨を余白等に記載してください。

医療機関証明欄

診療月	夫(氏名 都庁 太郎 )			妻(氏名 都庁 花子 )		
	保険診療分	自費診療分	計	保険診療分	自費診療分	計
〇〇年 4月分					6,000	7,500
〇〇年 5月分						
〇〇年 6月分	5,000		5,000			
〇〇年 7月分	3,000	4,000	7,000	1,500	3,000	4,500
〇〇年 8月分				3,000		3,000
〇〇年 9月分						3,000
〇〇年 10月分						15,000
〇〇年 11月分						5,000
〇〇年 12月分						17,000
年 月分						
年 月分						
年 月分						
合計			12,000			

夫婦の氏名を記入してください。

夫と妻それぞれの検査(治療)にかかった窓口領収金額を記載してください。なお、**夫の費用が妻の費用に含まれる場合には、余白にその旨を記入してください。**

問い合わせ等をさせていただく場合もありますので、担当の方のお名前と連絡先を記入してください。

上記のとおり領収したことを証明します。

年

医療機関の名称 医療法人東京会東京病院  
 所在地 新宿区××町282番地  
 管理者氏名 東京 一郎  
 電話番号 03-53〇〇-××××

医療法人  
東京会  
東京病院

関コード

1 3 1 0 1 3 5 5 5

担当者氏名

医事課 新宿 内線〇〇〇

薬局証明欄

調剤年月日	領収金額
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
合計	円

・医師の処方による不妊検査及び一般不妊治療に係る薬剤が対象です。

例) 排卵誘発剤、卵胞ホルモン製剤や黄体ホルモン製剤等のホルモン製剤等

・表面記載の「院外処方を行った日」に係る領収金額を記入してください。

・上記医療機関で既に上限額の5万円を超えているときは、本証明欄への記入は不要です。

上記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

薬局の名称  
 所在地  
 管理者氏名  
 電話番号

印

医療機関コード

4

担当者氏名