



《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 )			妻(氏名 )		
	保険診療分	自費診療分	計	保険診療分	自費診療分	計
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
合計	円			円		

上記のとおり領収したことを証明します。 年 月 日

医療機関の名称  
所在地  
管理者氏名  
電話番号

印

医療機関コード  

		1							
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

担当者氏名  
\_\_\_\_\_

薬局証明欄

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

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  
\_\_\_\_\_