

加茂市不妊治療費助成事業受診等証明書

医 療 機 関 証 明 欄

(ふりがな) 氏 名	申 請 者 1		申 請 者 2	
生年月日 今回の治療開始時の 年齢		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
検査・治療の状況 (該当するものにレ点)	☐ 夫・妻ともに実施 ☐ 夫のみ実施 ☐ 妻のみ実施			
貴医療機関における 不妊治療開始年月日	年 月 日			
不妊治療に要した期間	年 月 日から 年 月 日まで			
上記の期間に実施した 不妊検査・治療の内容 及び要した費用 ※治療終了年月日 は治療期間の最後 の年月日とする	◇検査・治療方法について該当箇所に記入してください。			
	治療期間		治療内容	
	1 回目	年 月 日 ~ 年 月 日	()	
	2 回目	年 月 日 ~ 年 月 日	()	
	3 回目	年 月 日 ~ 年 月 日	()	
	4 回目	年 月 日 ~ 年 月 日	()	
	5 回目	年 月 日 ~ 年 月 日	()	
	◇治療に要した費用 (A)			
	・ 医療保険診療分の負担額の合計			
	申請者 1 円		申請者 2 円	
・ 医療保険診療以外の治療に係る負担額の合計				
申請者 1 円		申請者 2 円		
妊娠判定結果、中止、中断理由等				
上記のとおり証明します。 年 月 日 所在地 医療機関の名称 主治医氏名 印 (宛先) 加茂市長				
投薬を要した期間	年 月 日から 年 月 日まで			
領収金額合計 (A)			円	
上記のとおり証明します。 年 月 日 所在地 調剤薬局の名称 氏名 印 (宛先) 加茂市長				

- 上記検査・治療に係る領収額及び費用の明細を確認できる医療機関等が発行した書類を添付してください。
- 入院費、個室料、食事料、文書料、交通費、消費税、その他治療に関係のない費用は、(A)の金額に含めないでください。