

新居浜市一般不妊治療費・不育症検査治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

(宛先) 新居浜市長

医療機関・薬局の名称及び所在地
代表者氏名

㊞

以下のとおり、一般不妊治療又は不育症治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

太枠の中を御記入ください。

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日生 (歳)		年 月 日生 (歳)
治療区分	<input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 不育症検査 <input type="checkbox"/> 不育症治療			
治療期間	①	年 月 日 ~		年 月 日
	②	年 月 日 ~		年 月 日
	③	年 月 日 ~		年 月 日
	④	年 月 日 ~		年 月 日
	⑤	年 月 日 ~		年 月 日
領収金額	今回の治療にかかった合計金額 <div style="text-align: right;">円</div>			

※ 食事代、個室使用料、文書料その他の不妊治療等に直接関係ない費用は助成の対象となりません。