

様式第2号（第6条関係）

羽生市不妊治療費（保険適用）助成事業実施証明書（一般不妊治療分）

年 月 日

(宛先)  
羽生市長

(治療実施医療機関) 所在地  
医療機関名  
主治医氏名

次のとおり、一般不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日	年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)	
今年度の治療期間 (1年度ごとに作成してください。)	年 月 日 ~		年 月 日	
不妊治療の内容	<input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 検査・診察 <input type="checkbox"/> 画像診断・処理 <input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> その他			
1年度中に不妊治療に要した医療費のうち、保険適用内の自己負担額	円			

- 1 医療保険が適用された一般不妊治療に係る金額を記入してください。
- 2 文書料、個室料等の直接的な治療費でない費用は、含めないでください。