

第2号様式（第5条関係）

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

令和 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	()
		年 月 日生 (歳)		年 月 日生 (歳)
治療区分	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精		<input type="checkbox"/> 不育症 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 治療	
治療期間	①	年 月 日 ~	年 月 日	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	
	⑥	年 月 日 ~	年 月 日	
	⑦	年 月 日 ~	年 月 日	
領収金額	今回の治療にかかった合計金額			円

※1 一般不妊治療については、当該患者に対して行ったタイミング法及び人工授精に係るものについて御記入ください。

※2 入院費、食事代等治療に直接関係ない費用は助成の対象となりません。