

様式第5号（第11条関係）

松浦市一般不妊治療費助成事業受診等証明書

		夫	妻
受診者	住所	松浦市 町 免 番地	松浦市 町 免 番地
	氏名		
	生年月日	昭和 平成 年 月 日（ 歳）	昭和 平成 年 月 日（ 歳）

※上記欄は、申請される方がお書きください。

【 主治医証明欄 】

上記受診者について下記のとおり一般不妊治療（人工授精）を行い、医療費の自己負担額を領収したことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名 ⑩

○不妊治療の開始年月日 平成 年 月 日

○今回の一般不妊治療の診療期間
平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

○領収金額合計 金 円

診療月	自己負担額	診療日数
平成 年 4 月 分	円	日
平成 年 5 月 分	円	日
平成 年 6 月 分	円	日
平成 年 7 月 分	円	日
平成 年 8 月 分	円	日
平成 年 9 月 分	円	日
平成 年 10 月 分	円	日
平成 年 11 月 分	円	日
平成 年 12 月 分	円	日
平成 年 1 月 分	円	日
平成 年 2 月 分	円	日
平成 年 3 月 分	円	日
合 計	円	

※ 4月1日～翌年3月31日までの期間内を証明してください。

※ 入院時食事療養費・差額ベッド代・文書料は、助成対象外ですので記載しないでください。

※ 特定不妊治療（体外受精、顕微授精など）にかかる費用は対象外です。