

三郷市早期不妊治療実施証明書

年 月 日

三郷市長 あて

下記のとおり特定不妊治療又は男性不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

(治療実施医療機関) 所在地
医療機関名
主治医氏名

医療機関記入欄 (主治医が記入してください)

1 治療を受けた者	
夫 氏名 _____ (_____ 年 月 日生)	
妻 氏名 _____ (_____ 年 月 日生)	
2 今回実施した治療等 (該当項目に☑)	
(1) 特定不妊治療	
<input type="checkbox"/> 体外受精	<input type="checkbox"/> 顕微授精
(2) 男性不妊治療	
<input type="checkbox"/> 精巣内精子採取術	
3 治療期間 ^{※1}	
_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日	
4 今回の治療費用の領収年月日(期間)及び領収金額 (保険診療分について、患者から領収した額を記載)	
_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日	
特定不妊治療	金 _____ 円
男性不妊治療費 ^{※2}	金 _____ 円
	(入院室料や食事代、文書料等の直接治療に関わらない費用を除く)
5 高額療養費の適応 (いずれかにレ点が必要)	
<input type="checkbox"/> 高額療養費が該当する月については全て控除した額を支払い済み	
<input type="checkbox"/> 高額療養費を控除せず支払い済み	
<input type="checkbox"/> 高額療養費は適応外	