

様式第2号（第8条関係）

十日町市不妊治療費医療機関証明書

下記のとおり不妊治療を実施したことを証明します。

年 月 日

十日町市長 様

医療機関 所在地

名 称

主治医氏名

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| 治療を受けた者の氏名(1)                         | ( 年 月 日生)  |
| 治療を受けた者の氏名(2)                         | ( 年 月 日生)  |
| 検査・治療の期間                              | 年 月 日～ 年 月 日<br>※他の医療機関での検査・治療がある場合は、その期間も含めてください。<br>他の医療機関での検査・治療の実施<br>有 (医療機関名 ) ・ 無                             |
| 検査・治療の内容                              | 院外処方 有 ・ 無   |
| 検査・治療に要した費用<br>( <u>保険適用額の本人負担分</u> ) | 円<br>※他院での検査費、治療費や院外処方の薬剤費も含めてください。<br>※夫婦等合算額を記入してください。<br>※対象は保険適用となる検査・治療の本人負担分です。入院時食事療養費や保険適用外の検査・治療は含めないでください。 |