

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 ※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。 他の医療機関での検査・治療の実施 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 ( <u>保険適用額</u> <u>の本人負担分</u> )	_____ 円 ※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。 ※夫婦等合算額を記入してください。 ※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。