別　記

第１号様式（第４条第２項、第５条第１項第４号）

不妊治療保険医療機関受診等証明書

年　　月　　日

木更津市長　　様

保険医療機関　所在地

名　称

主治医氏名　　印

電話番号

次のとおり、受診者に対し不妊治療を実施したことを証明します。

<table>
<tr><td rowspan="3">受診者</td><td></td><td colspan="2">夫</td><td colspan="2">妻</td></tr>
<tr><td>ふりがな
氏名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">今回の治療内容</td><td colspan="4">□タイミング法　□人工授精　□体外受精
□顕微授精　□男性不妊治療</td></tr>
<tr><td colspan="2">院外処方の有無</td><td colspan="4">□あり　□なし</td></tr>
<tr><td rowspan="6">今回の治療期間</td><td rowspan="2"></td><td colspan="2">一般不妊治療等に要した費用</td><td rowspan="2">入院費、食事代その他の一般不妊治療等に要しない費用</td><td rowspan="2">領収金額計</td></tr>
<tr><td>保険点数</td><td>保険診療で行った一般不妊治療等に要した自己負担額</td></tr>
<tr><td>年　月　日～
年　月　日</td><td>点</td><td>円</td><td>円</td><td>円</td></tr>
<tr><td>年　月　日～
年　月　日</td><td>点</td><td>円</td><td>円</td><td>円</td></tr>
<tr><td>年　月　日～
年　月　日</td><td>点</td><td>円</td><td>円</td><td>円</td></tr>
<tr><td>年　月　日～
年　月　日</td><td>点</td><td>円</td><td>円</td><td>円</td></tr>
<tr><td colspan="2">合計金額</td><td></td><td>円(A)</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="5">不妊治療保険医療機関受診等証明書の証明手数料</td><td>円(E)</td></tr>
</table>