

都城市一般不妊治療医療費等助成金交付医療機関証明書

下記の者については、次のとおり不妊の原因を調べるための検査を実施し、これに係る医療費等（保険適用の内外に関わらない）を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

※署名を行う場合は、押印は不要です。

※医療機関記入欄（太枠内以外は主治医が記入すること）

ふりがな 受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日		年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）
不妊の原因を調べるための検査の実施状況	検査実施期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
	検査実施回数	回		
本人負担額の内訳	区 分（診療月）	本人負担額（保険診療の内外を問わない）		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
合計		円		

注 1 当該患者に関して行った不妊の原因を調べるための検査に係る費用のみ御記入ください。

2 文書料、個室料等の治療に直接的関係のない費用は含めないでください。