

様式第2号（第5条関係）

医療実施証明書

下記の者については、不妊治療が必要であり、次のとおり医療保険適用外の治療（配偶者間の治療）を実施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

㊞

|                               |                  |        |              |
|-------------------------------|------------------|--------|--------------|
| 受診者氏名                         | 夫                | 年 月 日生 |              |
|                               | 妻                | 年 月 日生 |              |
| 今回の治療種別                       | 今回の治療期間          |        | 医療保険適用外負担額内訳 |
| 人工授精                          | 年 月 日<br>～ 年 月 日 |        | 円            |
| 医療保険適用外負担額（領収額）合計             |                  |        | 円            |
| ※院外処方による投薬がある場合は、下欄も記入してください。 |                  |        |              |
| 投薬内容                          |                  |        |              |

(注)

- 1 国東市不妊治療費助成対象となる不妊治療費は、不妊治療に係る治療費及び検査料です。ただし、入院費、食事代、文書料など治療に直接関係のない費用を除きます。
- 2 治療に要した期間及び医療保険適用外負担額の証明は、年度をまたがらないよう記入してください。