

年 月 日

吉野川市不妊治療費助成受診等証明書
(一般不妊治療実施分)

以下のとおり一般不妊治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名（自署）

受診者氏名	夫		妻		今回の治療開始時の年齢
生年月日		年 月 日生		年 月 日生	歳

申請される方が記入のうえ、医療機関へ記載を依頼してください。

治療期間	年 月 日～ 年 月 日					
治療内容	□タイミング法		□人工授精		□排卵誘発法	
本人負担額	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		年 月分 円	
	合計			円		
院外処方の有無 □有 □無 右枠に処方日 を記入	年 月 日		年 月 日		年 月 日 年 月 日 年 月 日	
	年 月 日		年 月 日		年 月 日 年 月 日 年 月 日	
	年 月 日		年 月 日		年 月 日 年 月 日 年 月 日	
	年 月 日		年 月 日		年 月 日 年 月 日 年 月 日	
他機関の治療	□有 □無		医療機関名			

注 1 一般不妊治療の開始日を診療録より転記してください。

注 2 治療期間は、令和 7 年 4 月以降、実施した一般不妊治療の初回の治療開始日より 1 年以内の治療及び治療の一環として実施する保険適用の検査、不妊治療後の妊娠判定検査を実施した日を含みます。

注 3 文書料は受診者本人より徴収してください。（文書料は助成の対象外となります。）