

足利市 特定外不妊治療 治療費受診等証明書
(体外受精・顕微授精以外の治療)

氏名	夫		生年 月日	年 月 日
	妻		生年 月日	年 月 日
住所		足利市		

治療期間	※1年度内の治療 年 月 日から 年 月 日まで ※1年度とは、4月1日から翌年3月31日までの期間です。
人工授精実施回数	上記治療期間のうち、人工授精実施回数 回
治療内容等	人工授精の他に実施した特定外不妊治療（投薬・検査・男性不妊治療も含む）があれば、治療内容等をお書きください。
合計金額	円 (保険適用外の医療費)
上記のとおり、治療を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 医療機関所在地 医療機関名称 主治医氏名 </div>	

注意事項

- 1 当該患者に関して行った保険適用外（自費）の治療が助成の対象になります。
- 2 **特定外**不妊治療は当該年度の複数治療分をまとめて1回分として請求できますが、特定不妊治療は年度で1回分の助成となります。（申請は1夫婦につき、当該年度でどちらか1回までとなります。）
- 3 特定不妊治療は、こちらの証明書ではなく、別記様式第2号をお使いください。