

年 月 日

医療機関 所在地

名称

主治医氏名

印

## 奥州市一般不妊治療受診等証明書

次の夫婦は、妊娠のために本医療機関を受診し、一般不妊治療を実施したこと及びこれにかかる医療費を次のとおり領収したことを証明します。

ふりがな				
氏名	夫	妻		
生年月日	年 月 日生（ 歳）		年 月 日生（ 歳）	
この証明にか かる治療期間	年 月 日から 年 月 日 まで			院外処方の有無
				有 ・ 無
No.	年 月	本人負担分領収済額		※市記載欄 院外処方薬局分
		保険適用分	保険適用外分	
1	年 月分	円	円	円
2	年 月分	円	円	円
3	年 月分	円	円	円
4	年 月分	円	円	円
5	年 月分	円	円	円
6	年 月分	円	円	円
7	年 月分	円	円	円
8	年 月分	円	円	円
9	年 月分	円	円	円
10	年 月分	円	円	円
11	年 月分	円	円	円
12	年 月分	円	円	円
小計		① 円	② 円	③ 円

合計（①+②+③）	円	※市記載欄
-----------	---	-------

## 【記入方法】

- 1 保険適用・保険適用外にかかわらず、一般不妊治療にかかる本人負担額を新しい順に最大12月分まで記入してください。  
（※ただし、タイミング法にかかる費用は令和8年4月以降のものに限ります。）
- 2 文書料（この証明書に係るものを含みます。）、個室料、入院時食事療養費等の治療に直接関係のない費用は対象外です。
- 3 院外処方の有無が「有」の場合、申請者から院外処方薬に係る薬局の領収書を提出してもらいますので、本人負担分領収済額の薬局分への記載は不要です。