

様式第3号(第5条関係)

保険医療機関等証明書

医療機関証明欄	
受診者氏名	
治療名(どちらかに○)	不妊症 · 不育症
治療に要した期間	年 月 日から 年 月 日まで
不妊治療内容	<p>○治療方法の該当箇所に記入してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・タイミング療法 実施()回 ・排卵誘発法 実施()回 ・人工授精 実施()回 ・体外受精 実施()回 ・顕微授精 実施()回 ・その他() <p>○治療に要した費用のうち自己負担額 _____ 円</p>
不育治療内容	<p>○該当する理由にチェックし、詳細を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/>免疫異常 <input type="checkbox"/>内分泌異常 <input type="checkbox"/>夫婦染色体異常 <input type="checkbox"/>子宮異常 <input type="checkbox"/>その他()</p> <p>○治療内容 </p> <p>○治療に要した費用のうち自己負担額 _____ 円</p>
<p>上記のとおり証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>医療機関 名称</p> <p>主治医氏名</p> <p>印</p> <p>関川村長 宛て</p>	
調剤薬局証明欄	
投薬を要した期間	年 月 日から 年 月 日まで
<p>上記のとおり証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>調剤薬局 名称</p> <p>氏名</p> <p>印</p> <p>関川村長 宛て</p>	

※入院料、文書料、食事料及び消費税等の治療以外に直接関係のない費用は除きます。