

マイベイベー支援事業実施証明書

年 月 日

(あて先)
小鹿野町長 様

次のとおり、不妊・不育症治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

(治療実施医療機関等) 所在地
名 称
氏 名

医療機関等記入欄 (主治医等が記入してください)

1	治療を受けた者 夫 氏名 _____ (生年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日 妻 氏名 _____ (生年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日																																																								
2	今回実施した治療法 (当該番号に○印、項目に☑) (1) 特定不妊治療 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 (2) その他の不妊治療 (_____) (3) 不育症治療 (_____) (4) 特定不妊治療の一環として精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術を行った場合 (5) その他の男性不妊治療 (_____)																																																								
3	治療に要した期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日																																																								
4	医療費 (薬剤費) のうち自己負担額 _____ 円																																																								
5	自己負担額の内訳 (単位 円)																																																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>治療年月日</th> <th>自己負担額 (一部負担金) (A)</th> <th>控除する額 (B)</th> <th>助成対象額 (C)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>年 4月</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>年 5月</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>年 6月</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>年 7月</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>年 8月</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>年 9月</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>年10月</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>年11月</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>年12月</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>年 1月</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>年 2月</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>年 3月</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>合 計</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	治療年月日	自己負担額 (一部負担金) (A)	控除する額 (B)	助成対象額 (C)	年 4月				年 5月				年 6月				年 7月				年 8月				年 9月				年10月				年11月				年12月				年 1月				年 2月				年 3月				合 計			
治療年月日	自己負担額 (一部負担金) (A)	控除する額 (B)	助成対象額 (C)																																																						
年 4月																																																									
年 5月																																																									
年 6月																																																									
年 7月																																																									
年 8月																																																									
年 9月																																																									
年10月																																																									
年11月																																																									
年12月																																																									
年 1月																																																									
年 2月																																																									
年 3月																																																									
合 計																																																									

※控除する額は、健康組合等で一部負担金払い戻しを受けた額を記入してください。

※院外処方による保険薬局で投薬を受けた方は薬局からの証明と合わせて2枚提出してください。
ただし、任意での様式も可とします。なお、証明者は薬剤師による署名としてください。