

行田市保険適用外不妊治療実施証明書

申請者記入欄		夫	妻
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
	現住所	〒 -	〒 -

医療機関証明欄	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	<input checked="" type="checkbox"/> 該当するものに <input type="checkbox"/> 該当しない	治療内容	<input type="checkbox"/> 体外受精	<input type="checkbox"/> 顕微授精	
		その他の不妊治療	<input type="checkbox"/> 検査・診察	<input type="checkbox"/> 画像診断・処置	<input type="checkbox"/> 投薬
		妊娠の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	医療保険適用外の医療費額	円			
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 所在地 医療機関の名称 医師の氏名					

薬局証明欄	医療保険適用外の薬剤額	円
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 所在地 薬局の名称 薬剤師の氏名	

(注) 証明いただく医療費額は、不妊治療に要した医療保険適用外の費用のみ（自己負担3割分は含まない。）の夫婦合算額としてください。

なお、入院費、食事代、文書料及び精子・卵子・受精胚の管理料（保存料）は助成対象外です。

*行田市記載欄 領収書集計表

No.	年月日	領収書の金額	助成対象額	No.	年月日	領収書の金額	助成対象額
1		円	円	6		円	円
2		円	円	7		円	円
3		円	円	8		円	円
4		円	円	9		円	円
5		円	円	10		円	円
助成対象合計額							円