

四日市市不妊治療医療費助成金交付実績報告書(一般不妊治療分)

医療機関等証明欄(主治医が記入してください。)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
受診者生年月日	年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)	
今年度の治療期間 (1年度ごとに作成 してください)	年 月 日 ~		年 月 日	
不妊治療の内容	<input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 検査・診察 <input type="checkbox"/> 画像診断・処理 <input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> その他			
1年度中に不妊治療 に要した医療費の内 自己負担額(文書料 含む)	(うち保険適用分		円 円)	
<p>上記の者については、不妊治療を実施し、これに係る医療費を上記のとおり領収したことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地 医療機関等 名称 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>四日市市長</p>				