様式第３号（第６条関係）

受給者番号（市記入）					

伊達市一般不妊治療費受診等証明書

年　　月　　日

伊達市長

所在地
名称
医師又は薬剤師氏名
電話番号

次の方について、一般不妊治療、一般不妊治療に係る検査又は一般不妊治療に係る調剤を実施し、これに係る医療費、検査費又は調剤費を以下のとおり徴収したことを証明します。

（フリガナ） 受診者氏名 生年月日	夫	年　月　日（　歳）	妻	年　月　日（　歳）
治療（検査・調剤）期間 ※２	年　月　日から　年　月　日まで			
治療内容 ※３	該当する番号全てに○を付けてください。 １　タイミング法　　２　人工授精			
今回の治療結果 ※３	該当する番号に○を付けてください。 １　妊娠した　　２　妊娠せず　　３　治療中止 ４　その他（　　）			
検査・院外処方依頼のあった医療機関名 ※４				
領収金額の内訳 ※５	保険適用分領収金額　　円 保険適用外分領収金額　　円			

※１次の治療は助成対象外となります。
　夫婦以外の第三者からの精子・卵子・胚の提供による不妊治療、代理母、借り腹による治療
※２**開始日は令和４年４月１日以降の日付をご記入ください**。
※３治療実施医療機関のみご記入ください。
※４治療実施医療機関から依頼を受けて検査を行った検査実施医療機関又は院外処方を行った薬局のみご記入ください。
※５食事療養標準負担額、個室料、文書料等の費用及び処方箋によらない医薬品等の費用は含めないでください。