

第2号様式（第6条関係）

上越市不妊不育治療費助成金受診等証明書

(宛先) 上越市長

医療機関証明欄			
治療を受けた人の氏名			
生殖補助医療（保険適用）及び当該生殖補助医療と組み合わせて行う先進医療	治療に要した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
	治療に要した費用のうち自己負担額		円
生殖補助医療（保険適用外）、先進医療（生殖補助医療（保険適用）と組み合わせて行う先進医療を除く。）及び一般不妊治療	治療に要した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
	治療に要した費用のうち自己負担額		円
不育治療	治療に要した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
	治療に要した費用のうち自己負担額		円
上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 所在地 医療機関 名称 主治医氏名 </div>			
調剤薬局証明欄			
生殖補助医療（保険適用）及び当該生殖補助医療と組み合わせて行う先進医療	治療に要した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
	治療に要した費用のうち自己負担額		円
生殖補助医療（保険適用外）、先進医療（生殖補助医療（保険適用）と組み合わせて行う先進医療を除く。）及び一般不妊治療	治療に要した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
	治療に要した費用のうち自己負担額		円
不育治療	治療に要した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
	治療に要した費用のうち自己負担額		円
上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 所在地 調剤薬局 名称 代表者氏名 </div>			