

三春町不妊症治療費等証明書（調剤薬局用）

年 月 日

三春町長 様

調剤薬局の名称
調剤薬局の所在地
薬剤師氏名

次のとおり、不妊症治療における生殖補助医療を実施し、本人負担額を受領したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日 (歳) ※年齢は今回の治療開始時点における年齢		年 月 日 (歳) ※年齢は今回の治療開始時点における年齢

領収年月日 年 月 日 ～ 年 月 日

【今回の治療にかかった金額合計】今回の治療内容に応じて、①、②、3の該当する箇所に記入してください。

①保険診療分

領収金額 円

②自費診療分

領収金額 円

③男性不妊治療分

領収金額 円

1. 三春町では不妊症治療による経済的負担の軽減を図るため、不妊症治療に関する費用の一部（保険診療分及び福島県不妊治療支援事業助成金該当治療分）を助成しています。
2. 第三者の精子提供による人工授精、第三者の卵子・胚提供、代理懐妊については対象外となります。
3. 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費でないものは助成の対象に含まれません。