

一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、一般不妊治療が必要と診断し、一般不妊治療を実施しました。
これに係る本人負担金を領収したことを証明します。

年 月 日

たつの市長 様

医療機関等（※1）

所在地

名称

代表者

電話番号 ()

記

(ふりがな) 受診者氏名		()		()
受診者 生年月日	夫	年 月 日生 (歳)	妻	年 月 日生 (歳)
一般不妊治療開始年月日	年 月 日			
年度における 診療期間（※2）	年 月 日 から 年 月 日 まで			
本人負担（領収）金額	保険適用	円		
	保険適用外	円		
	合計	円		
一般不妊治療の内容	<input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法（内服・注射） <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡手術 <input type="checkbox"/> その他の手術（ ） <input type="checkbox"/> 検査（診断及び治療のために必要なものに限る。） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
妊娠の有無（薬局は記載不要）	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 未確認			
特記事項				

※1 院外処方がある場合は、医療機関と薬局それぞれに証明書を作成してください。

※2 治療期間については、当該年度の4月1日から当該年度末の3月31日までとします。治療が終了していなくてもかまいません。