様式第２号（第５条関係）

**一般不妊**

# 一般不妊治療費等助成事業受診等証明書

年　　月　　日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

次のとおり，一般不妊治療等を実施し，これに係る医療費を徴収したことを証明します。

**医療機関記入欄（主治医が記入してください。）**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| フリガナ<br>受診者氏名 | 夫 | | 妻 | |
| 受診者生年月日 | 夫 | 年　月　日（　歳） | 妻 | 年　月　日（　歳） |
| 検査開始日 | （夫婦ともに検査を受けている場合は，どちらか早い日を記載してください。）<br>年　月　日　※左記検査開始日の妻の年齢（　歳） | | | |
| 検査内容 | □ 基礎体温　□ 精液検査　□ 経管粘液検査<br>□ フーナーテスト　□ 子宮卵管造影　□ 経腟超音波検査<br>□ その他（具体的な検査名　） | | | |
| 治療内容 | □ タイミング法　□ 薬物療法　□ 人工授精<br>□ 手術法（手術の内容　） | | | |

| 診療年月 | 自己負担額 | 診療年月 | 自己負担額 | 診療年月 | 自己負担額 | 診療年月 | 自己負担額 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 年　月分 | 円 | 年　月分 | 円 | 年　月分 | 円 | 年　月分 | 円 |
| 年　月分 | 円 | 年　月分 | 円 | 年　月分 | 円 | 年　月分 | 円 |
| 年　月分 | 円 | 年　月分 | 円 | 年　月分 | 円 | 年　月分 | 円 |
| 年　月分 | 円 | 年　月分 | 円 | 年　月分 | 円 | 年　月分 | 円 |
| 年　月分 | 円 | 年　月分 | 円 | 年　月分 | 円 | 年　月分 | 円 |
| 年　月分 | 円 | 年　月分 | 円 | 年　月分 | 円 | 年　月分 | 円 |
| | | | | **自己負担額合計** | | **円** | |

※１：当該受診者が今回行った一般不妊治療等について，日付の古い順に記入してください。
※２：食事療養費，差額ベッド代及び文書料は，助成の対象外になりますので記載しないでください。

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 院外処方の有無 | □ あり　□ なし | | | | | |
| 院外処方を行った日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 |
| | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 |
| | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 |
| | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 |
| | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 |
| | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 |