

## 別 記

第1号様式（第4条第2項及び第5条第1項第2号）

### 不妊治療等に係る費用の助成事業受診証明書

大網白里市長 金坂 昌典 様

保険医療機関等

所在地

名称

主治医氏名

印

(薬剤師氏名)

(自署の場合は押印省略可)

下記のとおり、受診者に対し不妊治療を行ったことを証明します。

受 診 者	フリガナ 氏 名			
	生年月日	年 月 日	年 月 日	
今回の 治療内容等 ※保険適用に該当する内容		<input type="checkbox"/> 不妊検査（不妊治療費等を伴わない不妊症を診断するための検査を除く。） <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 採卵・採精 <input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精 <input type="checkbox"/> 受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 胚凍結保存 <input type="checkbox"/> 胚移植 <input type="checkbox"/> 男性に対する治療 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
院外処方の有無		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
今 回 の 治 療 期 間		不妊治療等に要した費用		合計 保険点数 領収金額
		保険点数	文書料及び個室料 等で不妊治療費等 に直接関係のない 費用	
	月 日～ 月 日	点	円	円
	月 日～ 月 日	点	円	円
	月 日～ 月 日	点	円	円
	月 日～ 月 日	点	円	円
	合計金額		円(A)	
不妊治療費等に係る費用の助成事業受診証明書文書料				

注) 本受診証明書は、1年度ごと（4月1日～翌年3月31日）に作成するものとする。