

胎内市不妊治療費助成事業受診等証明書

受診者氏名 (生年月日)		夫 (年 月 日)	妻 (年 月 日)
医療機関証明欄			
治療内容 ※該当箇所に☑又は記入してください。		☐ 生殖補助医療 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 ☐ 男性不妊治療※ ※体外受精・顕微授精の治療の過程で行う精子を採取するための手術が対象	
		☐ 一般不妊治療 ☐ タイミング法 ☐ 排卵誘発法 ☐ 人工授精 ☐ 薬物療法 ☐ 男性不妊治療（左記以外の治療） ☐ その他（ ）	
治療期間		年 月 日～ 年 月 日	
領収金額	保険適用	円	円
	保険適用外	円	円
	計	円 (うち消費税 円)	円 (うち消費税 円)
上記の金額に、院外薬局での本人負担額を ☐ 含む ☐ 含まない			
治療経過 (妊娠判定、中止・中断等)		妊娠判定 ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 治療中断（理由 ） ☐ その他（ ）	
上記のとおり証明します。 年 月 日 所在地 医療機関 名称 (あて先) 胎内市長 氏名			
調剤薬局証明欄			
※医療機関証明欄に院外処方分を含める場合は記入不要です。			
投薬期間		年 月 日～ 年 月 日	
投薬に 要した費用 (薬剤、調剤 費を含む)	保険適用	円	円
	保険適用外	円	円
	計	円 (うち消費税 円)	円 (うち消費税 円)
上記のとおり証明します。 年 月 日 所在地 調剤薬局 名称 (あて先) 胎内市長 氏名			

※入院時の差額ベッド代、食事代、病衣使用料、文書料その他治療に直接関係のない費用は除きます。