別記様式第２号（第５条関係）

医療機関等用

今治市不妊治療等に係る費用の助成事業受診証明書

令和５年　　〇月　　〇日

（宛先）今治市長

保険医療機関等
所　在　地　今治市〇〇町〇－〇
名　　称　〇〇産婦人科
主治医氏名　〇〇　〇〇
電 話 番 号　〇〇－〇〇〇〇

下記のとおり、受診者に対し不妊治療等を行ったことを証明します。

治療を受けた月ごとにご記入ください。

記

		夫	妻
受診者	ふりがな	いまばり　たろう	いまばり　はなこ
	氏　　名	今治　太郎	今治　花子
	生年月日	昭和〇年　〇月　〇日	平成〇年　〇月　〇日
診療月における治療内容		☐不妊検査（不妊治療等を伴わない不妊症を診断するための検査を除く。） ☐タイミング法　☐人工授精 ☐採卵術　☑授精（☑体外受精　☐顕微授精）　☐受精卵・胚培養 ☐胚凍結　☐胚移植術（☐新鮮胚移植　☐凍結・融解胚移植） ☐男性に対する治療　☐その他（　　）	
院外処方の有無		☑あり　☐なし	
診　療　月		令和５年　７月分	

【例】　※別紙参照
・卵管鏡下卵管形成術
・かぜ薬　・保湿剤　など
不妊治療に直接関係のない費用はこちらに記入してください。（助成対象外）

診療日		保険適用分		保険適用外等	
		不妊治療等に要した費用（助成対象）	不妊治療に直接関係のない費用	保険適用外、食事療養標準負担額、文書料、個室料等	合　計（領収金額）
	１日	７，０００円	７５０円	０円	７，７５０円
	８日	１０，０００円	０円	５，０００円	１５，０００円
	１５日	５，０００円	０円	０円	５，０００円
	１５日	３，０００円	０円	０円	３，０００円
	２０日	３５，０００円	０円	０円	３５，０００円
	日	円	円	円	円
	日	円	円	円	円
	日	円	円	円	円
	日	円	円	円	円
	日	円	円	円	円
	日	円	円	円	円
	日	円	円	円	円
	日	円	円	円	円
	日	円	円	円	円
	日	円	円	円	円
	日	円	円	円	円
	日	円	円	円	円
	日	円	円	円	円
	日	円	円	円	円
	日	円	円	円	円
	計５日	６０，０００円	７５０円	５，０００円	６５，７５０円

※保険診療分の不妊治療等に要した費用がある日のみ記入してください。

※受診者ごとに一行ずつご記入ください。

合計欄も記入してください。