

今治市不妊治療等に係る費用の助成事業受診証明書

年 月 日

（宛先）今治市長

所在地  
 保険医療機関等 名称  
 主治医氏名  
 電話番号

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。

記

受診者	夫	妻			
	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	年 月 日	年 月 日		
診療月における 治療内容	<input type="checkbox"/> 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。） <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 採卵術 <input type="checkbox"/> 授精（ <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精） <input type="checkbox"/> 受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 胚凍結 <input type="checkbox"/> 胚移植術（ <input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結・融解胚移植） <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				
診療月	年 月分				
診療日  ※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。		保険適用分	保険適用外等	合計 (領収金額)	
		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
	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
	日	円	円	円	円
	計 日	円	円	円	円