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

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

		夫	妻
受診者	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		□一般不妊治療：□タイミング法　□人工授精　□検査　□投薬　□その他（　　） □特定不妊治療：□体外受精　□顕微授精　□検査　□投薬　□その他（　　） （生殖補助医療）　□採卵周期　□移植周期 □男性不妊治療：□一般不妊治療　□特定不妊医療　□検査　□投薬　□その他（　　）	
院外処方の有無		□あり　　□なし	
診　療　月		年　　月分	

診療日	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（助成対象外）		保険適用外、食事療養標準負担額、文書料、個室料等	
	診療点数	負担金額	診療点数	負担金額		
日	点	円	点	円	円	円
日	点	円	点	円	円	円
日	点	円	点	円	円	円
日	点	円	点	円	円	円
日	点	円	点	円	円	円
日	点	円	点	円	円	円
日	点	円	点	円	円	円
日	点	円	点	円	円	円
日	点	円	点	円	円	円
日	点	円	点	円	円	円
日	点	円	点	円	円	円
日	点	円	点	円	円	円
日	点	円	点	円	円	円
日	点	円	点	円	円	円
日	点	円	点	円	円	円
計　日	点	円	点	円	円	円

【市記入欄】

	夫				妻			
	外来		入院		外来		入院	
対象	点	円	点	円	点	円	点	円
対象外	点	円	点	円	点	円	点	円
合計	点	円	点	円	点	円	点	円