

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

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	ふりがな	夫		妻	
	氏名				
	生年月日	年 月 日		年 月 日	
診 療 月	年 月 分				
診療月における 治療内容	<input type="checkbox"/> 不妊検査 <small>（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。）</small> <input type="checkbox"/> 不妊治療 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性に対する治療 <input type="checkbox"/> その他（                                ）		<input type="checkbox"/> 不妊検査 <small>（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。）</small> <input type="checkbox"/> 不妊治療 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <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				
診療日  ※不妊治療等に係る診察日のみご記入ください。  ※受診者ごとに行かずご記入ください。	不妊治療等に要した費用		食事療養標準負担額、文書料、個室料等の不妊治療等に直接関係のない費用	合 計 (領収金額)	
	保険適用 (助成対象)	保険適用外			
	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