

様式第2号(第5条関係)

稲美町一般不妊治療受診等証明書

下記の者については、一般不妊治療が必要と診断し、一般不妊治療を実施しました。これにかかる医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

稲美町長 様

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄(主治医が記入すること)			
受診者	夫	(フリガナ) 氏名	(フリガナ) 氏名
		年 月 日(歳)	年 月 日(歳)
今回の治療内容等 (※1)	<input type="checkbox"/> 当該患者が今回行った不妊治療について該当箇所に記入してください。 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 手術療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 検査(治療の一環によるものに限る。) <input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療に関する院外処方の有無(※2) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 特記事項		
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (1月~12月までに受診した実際の治療期間を記入してください。)		今回の治療による 妊娠の有無
			有 無 不明
領収年月日	年 月 日 ~ 年 月 日		
	1月~3月分	領収金額	円(※3)
	4月~12月分	領収金額	円(※3)
(上記、治療期間の領収年月日及び領収金額を記入してください。)			

※1：医療保険適用の内外問いません。ただし、特定不妊治療にかかる検査・治療は対象外です。

※2：院外処方がある場合は、主治医が患者から一般不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。

※3：サプリメント、入院時食事療養費、文書料、個室料その他一般不妊治療に直接関係のない費用は助成対象外ですので、記載しないでください。