

小美玉市不妊検査及び一般不妊治療費補助金受診等証明書

年 月 日

所在地
実施医療機関名
電話番号
主治医氏名

次の者については、小美玉市生殖補助医療費等補助金の対象となる不妊検査及び一般不妊治療を行ったことを証明します。

	夫			妻		
(フリガナ) 氏 名	()			()		
生 年 月 日	年 月 日 (歳)			年 月 日 (歳)		
診 療 期 間	年 月 日～ 年 月 日			年 月 日～ 年 月 日		
検 査 内 容	☐ 精液検査 ☐ 内分泌検査 ☐ 画像検査 ☐ 精子授精能検査 ☐ 染色体・遺伝子検査 ☐ その他 ()			☐ 超音波検査 ☐ 内分泌検査 ☐ 感染症検査 ☐ 卵管疎通性検査 ☐ 頸管粘液検査 ☐ フーナーテスト ☐ 子宮鏡検査 ☐ 染色体・遺伝子検査 ☐ その他		
治 療 内 容	☐ 待機療法（タイミング指導） ☐ 薬物療法 ☐ 人口授精 ☐ 手術療法 手術の内容 () ☐ その他					
妊 娠 の 有 無	☐ なし ☐ あり ☐ 不明					
院外処方の有無	☐ なし ☐ あり 薬局名 ()					
院 外 処 方 を 行 っ た 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
領 収 金 額 ※今回の治療で 支払った合計金額	夫			妻		
	保険診療分	自費診療分	計	保険診療分	自費診療分	計
	円	円	円	円	円	円
	合計			円		

備考

- 1 診療期間は、治療開始日から妊娠判定日、医師の判断による治療終了日又は生殖補助医療に移行した日までの期間を記入してください。
- 2 領収金額の保険診療分の欄は、保険診療のうち受診者の本人負担額を記入してください。
- 3 文書料、食事代、個室料等の治療に直接関係ないものは補助の対象となりませんので、除いてください。
- 4 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の医療機関で治療を行った場合及び院外処方がある場合は、主治医が患者からその領収書の提出を受け、その金額を含めて記載してください。