

様式第2号（第7条関係）

岬町不妊治療・不育治療医療機関受診等証明書

年 月 日

岬町長 様

医療機関等所在地

名称

代表者氏名

印

（電話番号：

）

下記の通り、不妊症・不育症に関する検査・治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

フリガナ 受診者名		生年月日	年 月 日（ 歳）		
性別	男・女	貴医療機関における不妊症・不育症の治療等開始年月日	年 月 日～		
年度における診療機関		年 月 日～	年 月 日		
本人負担額の内訳	区分	保険診療分		保険診療以外の診療分本人負担金	
		診療点数	本人負担金額	不妊・不育治療に該当する費用	不妊・不育治療に非該当の費用
	年4月分	点	円	円	円
	5月分	点	円	円	円
	6月分	点	円	円	円
	7月分	点	円	円	円
	8月分	点	円	円	円
	9月分	点	円	円	円
	10月分	点	円	円	円
	11月分	点	円	円	円
	12月分	点	円	円	円
	年1月分	点	円	円	円
	2月分	点	円	円	円
	3月分	点	円	円	円
合計	点	円	円	円	
治療・検査の内容	不妊症	<input type="checkbox"/> 検査名： <input type="checkbox"/> タイミング治療（不妊相談） <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 手術療法（方法： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	不育症	<input type="checkbox"/> 検査名： <input type="checkbox"/> 薬物療法（内服・注射） <input type="checkbox"/> 手術療法（方法： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

- 不妊症、不育症に関する検査及び治療費用についてのみご記入ください。（*入院費、食事代等の治療に直接関係ない費用は含みません。）
- 女性は、治療開始日に**43歳未満**の方が検査・治療に係る費用の助成を受ける対象となります。
- 院外処方の有無が「有」の場合は院外処方に要した費用も対象となります。その場合、薬局が発行する証明書の添付が必要です。