様式第３号－２（第６条関係）

|  |
| --- |
| 一般（検査・治療） |

下仁田町不妊治療費助成事業医療機関等証明書（一般不妊治療）

　　下記の者については、不妊の治療が必要であると思われるため、不妊検査・不妊治療を

実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

平成　　年　　月　　日

医療機関　名　称

所在地

主治医氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　医療機関記入欄（主治医が記入してください）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ | 夫 |  | | 妻 |  | |
| 受診者氏名 |  | |  | |
| 受診者生年月日 | 昭和  平成 | 年　　月　　日(　歳) | 昭和  平成 | 年　　月　　日(　歳) |
| 今回の検査  および治療 | 該当箇所に○をつけ、記入してください。  ・精液検査　　　　　【　実施（　　　回）　・　未実施　】  ・ホルモン検査　　　【　実施（　　　回）　・　未実施　】  ・超音波検査　　　　【　実施（　　　回）　・　未実施　】  ・子宮卵管造影検査　【　実施（　　　回）　・　未実施　】  ・クラミジア抗体検査【　実施（　　　回）　・　未実施　】  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| ・タイミング療法　　【　実施（　　　回）　・　未実施　】  ・排卵誘発法　　　　【　実施（　　　回）　・　未実施　】  ・人工授精　　　　　【　実施（　　　回）　・　未実施　】  ・手術療法　　　　　【　実施（手術方法 　　　　　　　　）・　未実施　】  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 特記事項 |  | | | | | |
| 今回の受診期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | | | |
| 領収金額 | 〔今回の検査・治療にかかった金額合計　※自己負担額の合計〕  領収金額　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | |

　院外処方を行った場合の記入欄（調剤薬局で記入）

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局の名称  及び所在地 | 印 |
| 今回の受診期間 | 年　　月　　日　～　　　　　　年　　月　　日 |
| 領収金額 | 〔今回の治療にかかった金額合計　※保険診療分のみ、自己負担額の合計〕  領収金額　　　　　　　　　　　　円 |