

様式第3号（第5条関係）

長浜市すこやか出産支援事業受診等証明書（一般不妊治療用）

年 月 日

医療機関の名称

所在地

代表者

印

電話番号

次のとおり一般不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

|                                  |   |  |            |
|----------------------------------|---|--|------------|
|                                  |   | 主治医氏名                                      |            |
| (ふりがな)<br>受診者氏名                  |   | 男<br>・<br>女                                | 生年月日 年 月 日 |
| 医療機関における不妊治療開始年月日                |   | 年 月 日                                      |            |
| ( )年度における治療期間<br>※4月1日～3月31日までの間 |   | 年 月 日～ 年 月 日                               |            |
| 不妊治療の内容<br>(検査を含む)               | チェック又は記入をしてください。  |  |            |
|                                  | <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法<br><input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 薬物療法<br><input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法<br><input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査 <input type="checkbox"/> 人工授精（A I H）<br><input type="checkbox"/> 精液検査<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) |  |            |
| 保険診療分の本人負担分                      |   | 保険診療以外の不妊治療に係る本人負担額<br>(ただし、体外受精及び顕微授精を除く) |            |
| ① 円                              |   | ② 円  |            |
| 合計 (①+②)                         | 円   |  |            |
| 院外処方の有無                          | <input type="checkbox"/> 有 (発行日をご記入ください。)   |  |            |
|                                  | _____<br>_____<br>_____   |  |            |
|                                  | <input type="checkbox"/> 無  |  |            |

- 1 不妊治療に関する費用についてのみご記入ください。
- 2 文書料、食事療養費標準負担額、室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。
- 3 院外処方がある場合は、処方箋の発行日をご記入ください。