

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) 受診者氏名		男 ・ 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 ※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 (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 <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査 <input type="checkbox"/> 人工授精（A I H） <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
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 (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。)		
	_____ _____ _____		
	<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。