

大村市不妊治療費助成金受診等証明書

下記の者については、次のとおり保険診療の一般不妊治療又は生殖補助医療を実施し、これに係る医療費〔本人負担額〕を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関（又は薬局）の所在地

医療機関（又は薬局）の名称

主治医（又は薬剤師）氏名

◎裏面の説明事項を参照してください。

医療機関（薬局）記入欄（主治医又は薬剤師がご記入ください。薬局の場合は太枠のみご記入ください）

(ふりがな)		()		()	
受診者氏名	夫		妻		
受診者生年月日		年 月 日(歳)		年 月 日(歳)	
当該患者が行った不妊治療について、該当箇所にご記入ください。					
本人負担額の 内 訳	治療①	【受 診 者】 ☐ 夫 ☐ 妻 どちらかにチェックしてください			
		【治療期間】 年 月 日 ~ 年 月 日			
		内容 (一般不妊治療 又は 生殖補助医療 にチェック)	☐ 一般不妊治療	☐ 不妊スクリーニング検査・ ☐ 精液検査・ ☐ 排卵誘発法 ☐ 手術療法（手術方法：)・ ☐ 薬物療法 ☐ タイミング法・ ☐ 人工授精・ ☐ その他()	
			☐ 生殖補助医療	☐ 採卵・ ☐ 顕微授精・ ☐ 体外受精・ ☐ 受精卵・胚培養・ ☐ 胚凍結・ ☐ 胚移植 ☐ 男性不妊治療 ()・ ☐ その他 ()	
		受診年月		医療機関徴収分	薬局徴収分
		年 月分		円	円
		年 月分		円	円
		年 月分		円	円
		年 月分		円	円
		年 月分		円	円
	計		円	円	
	【妊娠成立の有無】 有 ・ 無				
	治療②	【受 診 者】 ☐ 夫 ☐ 妻 どちらかにチェックしてください			
		【治療期間】 年 月 日 ~ 年 月 日			
		内容 (一般不妊治療 又は 生殖補助医療 にチェック)	☐ 一般不妊治療	☐ 不妊スクリーニング検査・ ☐ 精液検査・ ☐ 排卵誘発法 ☐ 手術療法（手術方法：)・ ☐ 薬物療法 ☐ タイミング法・ ☐ 人工授精・ ☐ その他()	
☐ 生殖補助医療			☐ 採卵・ ☐ 顕微授精・ ☐ 体外受精・ ☐ 受精卵・胚培養・ ☐ 胚凍結・ ☐ 胚移植 ☐ 男性不妊治療 ()・ ☐ その他 ()		
受診年月		医療機関徴収分	薬局徴収分		
年 月分		円	円		
年 月分		円	円		
年 月分		円	円		
年 月分		円	円		
年 月分		円	円		
計		円	円		
【妊娠成立の有無】 有 ・ 無					

本人負担額の内訳	治療③	【受診者】 ☐ 夫 ☐ 妻どちらかにチェックしてください							
		【治療期間】年 月 日 ～ 年 月 日							
		内容 （一般不妊治療又は生殖補助医療にチェック）	☐ 一般不妊治療	☐ 不妊スクリーニング検査・ ☐ 精液検査・ ☐ 排卵誘発法 ☐ 手術療法（手術方法： ☐ タイミング法・ ☐ 人工授精・ ☐ その他（					
			☐ 生殖補助医療	☐ 採卵・ ☐ 顕微授精・ ☐ 体外受精・ ☐ 受精卵・胚培養・ ☐ 胚凍結・ ☐ 胚移植 ☐ 男性不妊治療（ ☐ その他（					
		受診年月		医療機関徴収分			薬局徴収分		
		年 月分		円			円		
		治療④	【受診者】 ☐ 夫 ☐ 妻どちらかにチェックしてください						
	【治療期間】年 月 日 ～ 年 月 日								
	内容 （一般不妊治療又は生殖補助医療にチェック）		☐ 一般不妊治療	☐ 不妊スクリーニング検査・ ☐ 精液検査・ ☐ 排卵誘発法 ☐ 手術療法（手術方法： ☐ タイミング法・ ☐ 人工授精・ ☐ その他（					
			☐ 生殖補助医療	☐ 採卵・ ☐ 顕微授精・ ☐ 体外受精・ ☐ 受精卵・胚培養・ ☐ 胚凍結・ ☐ 胚移植 ☐ 男性不妊治療（ ☐ その他（					
	受診年月		医療機関徴収分			薬局徴収分			
	年 月分		円			円			

◎証明書作成に当たっての説明事項