様式第 3 号（第 7 条関係）

**大洗町一般不妊治療受診等証明書**

下記の者について、一般不妊治療を実施し、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。

年 月 日

医療機関の名称

及 び 所 在 地

主 治 医 氏 名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **（フリガナ）****受診者氏名** | **夫** | **妻** |
|  |  |
| **生年月日** | 年 月 日（ 歳） | 年　　　　　　月　　　 日（ 　　歳） |
| **診療期間 ※1** | 年 月 日 ～ 年 月 日年 月 日 ～ 年 月 日年 月 日 ～ 年 月 日年 月 日 ～ 年 月 日年 月 日 ～ 年 月 日 | 年 月 日　～ 年 月 日年 月 日　～ 年 月 日年 月 日　～ 年 月 日年 月 日　～ 年 月 日年 月 日　～ 年 月 日 |
| **検査内容** | □精液検査　　　　　□内分泌検査□画像検査　　　　　□精子受精能検査□染色体・遺伝子検査□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 　□超音波検査　　　　　□内分泌検査□感染症検査　　　　　□卵管疎通性検査□頸管粘液検査　　 　□フーナーテスト□子宮鏡検査　　　　　□染色体・遺伝子検査□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | ） |
| **治療内容** | □待機療法（タイミング指導）□手術療法 手術の内容（　　　　　　　　　□その他（ | □薬物療法 □人工授精 |  | ）） |
| **妊娠の有無** | □なし □あり □不明 |
| **院外処方** | □なし □あり 薬局名（ |  |  | ） |
| **院外処方を****行った日** | 年 月 日年 月 日年 月 日年 月 日年 月 日 | 年 月 日年 月 日年 月 日年 月 日年 月 日 |
| **診療費　※2** | 保険診療分 | 金　　　　　　　　　　　円 | 保険診療分 | 金　　　　　　　　　　　円 |
| 自費診療分 | 金　　　　　　　　　　　円 | 自費診療分 | 金　　　　　　　　　　　円 |
| 夫合計額 | 金　　　　　　　　　　　円 | 妻合計額 | 金　　　　　　　　　　　円 |
| 総　額 | 金　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

※１） 診療期間は、治療開始日から妊娠判定日、医師の判断による治療終了日又は生殖補助医療に移行した日までの期間を記入してください。

　　　　なお、同一年度内に終了日を迎えた治療分については複数回分をまとめて記入することも可能です。

※２） 領収金額の保険診療分の欄は、保険診療のうち受診者の本人負担額を記入してください。

 文書料、食事代、個室料等の治療に直接関係ないものは補助の対象となりませんので、除いてください。

主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の医療機関で治療を行った場合及び院外処方がある場合は、主治医が患者からその　領収書の提出を受け、その金額を含めて記載してください。