

三原市不妊検査・一般不妊治療費補助金の交付申請に係る証明書

令和 2 年 2 月 28 日

三原市長 様

(不妊検査・一般不妊治療実施医療機関)

住所 三原市〇〇町△△
名称 〇〇産婦人科クリニック
代表者 院長 □□ □□
電話番号 (0848)××-××××



主治医氏名 〇〇 〇〇



(※主治医が自署又は記名押印)

夫婦が別の医療機関で検査を受けた場合は、それぞれの医療機関で作成してください。

貴院において、夫又は妻のいずれか一方のみの検査を実施した場合であっても、確認のため夫婦両方の氏名の記入をしてください。

主治医の自署又は記名押印をお願いします

次のとおり、三原市不妊検査・一般不妊治療費補助金交付の対象となる検査・治療

Table with columns for names, birth dates, examination periods, patient burden amounts, examination content (male/female), and treatment status. Includes checkboxes for various tests and treatments.

夫婦それぞれの対象となる不妊検査・一般不妊治療を実施した期間を記入してください。

補助対象となる不妊検査・一般不妊治療に係る患者自己負担額(※当該証明書の発行に係る文書料を徴収する場合は、その金額との合計額)を記入してください。

実施した不妊検査の内容にチェックをしてください。「その他」については、適宜内容を()に記入してください。

治療の状況を記入してください。貴院では実施せず、他医療機関を紹介した場合も記入してください。「その他」については、適宜内容を()に記入してください。

注) 夫と妻が同じ医療機関で受診した場合は、まとめて記入してください。夫と妻が別々の医療機関で受診した場合は、それぞれの医療機関で記入してください。

※1) 貴医療機関において補助対象となる不妊検査・一般不妊治療を行った期間(2年以内)を記入してください。
※2) 貴医療機関において実施した補助対象となる不妊検査・一般不妊治療に係る費用(※食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費でない費用は含めない。)の患者本人負担額を記入してください。但し、当該証明書の発行に係る文書料を徴収する場合には、その金額との合計額を記入してください。