

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

年 月 日

三原市長 様

(不妊検査・一般不妊治療実施医療機関)

住所

名称

代表者

印

電話番号

主治医氏名

印

(※主治医が自署又は記名押印)

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・治療を実施したことを証明します。

(ふりがな)		生年月日	年 月 日 (歳)
夫の名前			
(ふりがな)		生年月日	年 月 日 (歳)
妻の名前			
補助対象となる不妊検査・一般不妊治療期間※1	夫	年 月 日 から 年 月 日まで	
	妻	年 月 日 から 年 月 日まで	
補助対象となる不妊検査・一般不妊治療に係る患者負担(領収)額※2	円		
検査の内容	男性の検査		女性の検査
	<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 泌尿器科的検査 <input type="checkbox"/> 血液検査(ホルモン検査等) <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 内診・経膈超音波検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 血液検査(ホルモン検査等) <input type="checkbox"/> 腹腔鏡検査 <input type="checkbox"/> 子宮鏡検査 <input type="checkbox"/> その他()
治療の状況 (予定を含む。)	<input type="checkbox"/> 卵胞観察(タイミング療法) (<input type="checkbox"/> 当院で実施 ・ <input type="checkbox"/> 他医療機関を紹介)		
	<input type="checkbox"/> 薬物療法等 (<input type="checkbox"/> 当院で実施 ・ <input type="checkbox"/> 他医療機関を紹介)		
	<input type="checkbox"/> 人工授精 (<input type="checkbox"/> 当院で実施 ・ <input type="checkbox"/> 他医療機関を紹介)		
	<input type="checkbox"/> 体外受精 (<input type="checkbox"/> 当院で実施 ・ <input type="checkbox"/> 他医療機関を紹介)		
	<input type="checkbox"/> 顕微授精 (<input type="checkbox"/> 当院で実施 ・ <input type="checkbox"/> 他医療機関を紹介)		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

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。