

南島原市一般不妊治療・不育治療医療機関受診等証明書

年 月 日

医療機関等所在地

名 称

代表者氏名



（電話番号：

）

下記のとおり、不妊症・不育症に関する検査・治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

フリガナ 受診者名		生年月日	年 月 日（ 歳）
年度における診療期間		年 月 日 ~	年 月 日
治療・検査の内容	不妊症	<input type="checkbox"/> 検査（検査名： _____） <input type="checkbox"/> タイミング法（不妊相談） <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 手術療法（方法： _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____）	
	不育症	<input type="checkbox"/> 検査（検査名： _____） <input type="checkbox"/> 薬物療法（内服・注射） <input type="checkbox"/> 手術療法（方法： _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____）	
一般不妊治療・不育治療		領収金額	_____ 円
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

- 該当する口にチェックをし、検査名等を記入してください。
- 不妊症、不育症に関する検査及び治療についてのみ記入してください。
- 保険診療以外の診療分も助成の対象となりますが、文書料、個室料等の治療に直接関係のない費用は含みません。
- 助成の対象となるには、治療・検査開始日に、妻の年齢が **満43歳未満** である必要があります。
- 薬局等院外処方の領収書等は申請者本人から市へ提出となります。

南島原市一般不妊治療・不育治療医療機関受診等証明書

平成●●年●●月●●日

医療機関等所在地 ●●県●●市●●番地

名称 ●●医院

代表者氏名 院長 ●● ●●



(電話番号： ●●●●-●●-●●●●)

下記のとおり、不妊症・不育症に関する検査・治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

フリガナ 受診者名	●● ●● ●● ●●	生年月日	昭和●●年●●月●●日 (●●歳)
平成●●年度における診療期間		●●年●●月●●日 ~ ●●年●●月●●日	
治療・検査の内容	不妊症	<input checked="" type="checkbox"/> 検査 (検査名： ●●●●検査) <input checked="" type="checkbox"/> タイミング法 (不妊相談) <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input checked="" type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 手術療法 (方法：) <input type="checkbox"/> その他 ()	<p>該当する口にチェックをし、検査名等を記入。</p> <p>保険診療分と保険診療以外の診療分本人負担額の合計を記入。</p>
	不育症	<input type="checkbox"/> 検査 (検査名：) <input type="checkbox"/> 薬物療法 (内服・注射) <input type="checkbox"/> 手術療法 (方法：) <input type="checkbox"/> その他 ()	
一般不妊治療・不育治療		領収金額	●●●● 円
院外処方の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

- 該当する口にチェックをし、検査名等を記入してください。
- 不妊症、不育症に関する検査及び治療についてのみ記入してください。
- 保険診療以外の診療分も助成の対象となりますが、文書料、個室料等の治療に直接関係のない費用は含みません。
- 助成の対象となるには、治療・検査開始日に、妻の年齢が満43歳未満である必要があります。
- 薬局等院外処方の領収書等は申請者本人から市へ提出となります。