南島原市一般不妊治療 • 不育治療医療機関受診等証明書

医療機関等所在地

名 称

月

 \Box

年

代表者氏名									
					(電話番号:)
下記の	とおり)、不妊娠	走・不育症に関す	⁻ る検査・治療	療を実施し、	本人負担額を	:領収した	ことを証明	引します
フリス 受診					生年月日	年	月	⊟(歳)
	:	年度におり	ける診療期間	年	月	□ ~	年	月	В
治療・検査の	不妊症		□ 検査(検査名) □ 検査(検査名) □ タイミング □ 排卵誘発法 □ 薬物療法 □ 人工授精 □ 手術療法(アー・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	达(不妊相談))	
内容	不育症		□ 検査(検査名□ 薬物療法(内□ 手術療法(力□ その他(図服・注射))	
	一彤	2不妊治	療•不育治療	<u> </u>	頁収金額				
院外	▶処方 <i>0</i>	D有無	口有		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。

● 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。

費用は含みません。

● 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

● 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**であることが必要です。

平成●●年●●月●●日

南島原市一般不妊治療 • 不育治療医療機関受診等証明書

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: 受診 [:]		00	生年月日	昭和●●年●●月	●●日(●●歳)			
平成●● 年度における診療期間								
治療・検査の内容	不妊症	 ✓ 検査(検査名: ●● ✓ タイミング法(不妊相記) □ 排卵誘発法 □ 薬物療法 ✓ 人工授精 □ 手術療法(方法: □ その他(該当する口に名等を記入。) チェックをし、検査))			
	不育症	□ 検査(検査名:□ 薬物療法(内服・注射)□ 手術療法(方法:□ その他(j) 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。				
一般不妊治療・不育治療 <u>領収金額 ●●●● 円</u>								
院夕	ト処方の有無	☑ 有 □	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歳未満であることが必要です。
- 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。