

播磨町一般不妊治療証明書

下記の者については、一般不妊治療が必要と診断し、一般不妊治療を実施しました。これにかかる医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

播磨町長 様

医療機関等の名称及び所在地

主治医等氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）				
受診者	夫	(フリガナ) 氏 名	年 月 日生（ 歳）	
	妻	(フリガナ) 氏 名	年 月 日生（ 歳）	
一般不妊治療の実施期間（※1）	年 月 日 ～ 年 月 日		今回の治療による 妊 娠 の 有 無 有 無 不明	
院外処方の有無（※2）	☐ 有 ☐ 無			
領収年月日（※1）	年 月 日 ～ 年 月 日			
領収金額 (初回検査以外)	保険適用	円		
	保険適用外	円		
	合計	円		
一般不妊治療の内容	☐ タイミング療法 ☐ 排卵誘発法（ 内服 ・ 注射 ） ☐ 人工授精 ☐ 腹腔鏡手術 ☐ その他の手術 ☐ 検査（診断及び治療のために必要なものに限る。） 〔 初回検査の場合は、検査日と領収金額を記入してください 〕 夫検査日（ 年 月 日 領収金額 円） 妻検査日（ 年 月 日 領収金額 円） ☐ その他（ ）			

※1：治療期間・領収年月日は年単位（1月～12月）で記入してください。

※2：院外処方がある場合は、主治医が患者から一般不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。

※3：文書料、個室料その他一般不妊治療に直接関係がない費用は助成対象外ですので、記載しないでください。