

尾道市長 様

医療機関

住 所

医療機関名

電話番号

代 表 者

印

年度尾道市一般不妊治療費助成金申請に係る証明書

次の者は一般不妊治療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療費（調剤費を含む。）の本人負担額を徴収したことを証明します。

	妻	夫
（ふりがな） 受診者氏名	（ ）	（ ）
生年月日	年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
治療期間	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
不妊治療の内容	当該患者が行った不妊治療について、該当箇所に記入してください。	
	<input type="checkbox"/> 検査（治療の一環によるものに限る。） <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 人工授精（ 回） <input type="checkbox"/> 薬物療法（内服・注射） <input type="checkbox"/> その他の手術（手術方法 ） <input type="checkbox"/> その他（ ） 院外処方の有無（ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無）	<input type="checkbox"/> 検査（治療の一環によるものに限る。） <input type="checkbox"/> 薬物療法（内服・注射） <input type="checkbox"/> 男性不妊治療（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） 院外処方の有無（ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無）
領収金額	上記治療期間に係る一般不妊治療費の総額	
	円	円
通院日数	上記治療期間における通院日数（居住地が、因島・瀬戸田町・百島町の方のみ記入してください。）	
	日	日

注1 当該患者に関して行った一般不妊治療（体外受精及び顕微授精、不育症を除く。）に係るもののみ記入してください。

注2 は該当項目をチェックしてください。

注3 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用を含めないでください。