様式第２号　(第６条関係)

　　　　　　　　　　　　　不妊検査及び一般不妊治療費補助金受診等証明書

　　年　　月　　日

　　小美玉市長　　　　　　　様

　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　実施医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医氏名

下記のとおり，小美玉市不妊検査及び一般不妊治療助補助事業の対象となる不妊検査及び一般不妊治療を行ったことを証明します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 夫 | | | 妻 | | |
| 受診者氏名 |  | | |  | | |
| 受診者生年月日 | 年　　　月　　　日(　　歳) | | | 年　　　月　　　日(　　歳) | | |
| 検査開始日 | 年　　　月　　　日(　　歳) | | | 年　　　月　　　日(　　歳) | | |
| 診療期間 | 年　　月　　日~　　年　　月　　日 | | | 年　　月　　日~　　年　　月　　日 | | |
| 検査内容 | □精液検査　　　　□内分泌検査  □感染症検査　　　□画像検査  □染色体・遺伝子検査  □その他 | | | □超音波検査　　□内分泌検査  □感染症検査　　□卵管疎通性検査  □頸管粘液検査　□フーナーテスト  □子宮鏡検査  □その他 | | |
| 治療内容 | □待機療法(タイミング指導)　　□薬物療法　　□人工授精  □手術療法　手術の内容 | | | | | |
| 院外処方の有無 | □あり　　　　　　□なし | | | | | |
| 院外処方を  行った日 | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | |
| 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | |
| 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | |
| 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | |
| 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | |
| 領収金額  ※今回の治療で  支払った合計金額 | ※令和3年4月1日以降に支払った費用が対象です。  ※入院時食事療養費,差額ベッド代及び文書料は,補助対象外のため除いてください。 | | | | | |
| 夫 | | | 妻 | | |
| 保険診療分 | 自費診療分 | 計 | 保険診療分 | 自費診療分 | 計 |
| 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |