様式第２号（第４条関係）

不妊検査・一般不妊治療費助成申請に係る証明書

年　　　月　　　日

安芸太田町長　様

（不妊検査・一般不妊治療実施医療機関）

住所

名所

代表者　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

主治医氏名　　　　　　　　　　　　㊞

※主治医が自著又は記名押印

次のとおり、安芸太田町不妊検査・一般不妊治療助成事業の対象となる検査・治療を実施したことを証明します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  受診者氏名 | 夫 | （　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | 妻 | （　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 受診者生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） | | | 年　　月　　日（　　歳） |
| 助成対象となる不妊検査・一般不妊治療期間（※1） | | | 夫 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | | |
| 妻 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | | |
| 助成対象となる不妊検査・  一般不妊治療に係る患者負担（領収）額（※2） | | | 円 | | | |
|  | 男性の検査 | | | | 女性の検査 | |
| 検査の内容 | □精液検査  □泌尿器科的検査  □血液検査（ホルモン検査等）  □その他（　　　　　　　　） | | | | □内診・経腟超音波検査  □子宮卵管造影検査  □血液検査（ホルモン検査等）  □腹腔鏡検査  □子宮鏡検査  □その他（　　　　　　　　） | |
| 治療の状況  （予定を含む） | □卵胞観察（タイミング療法）　　　　　　　（□当院で実施　　・　□他医療機関を紹介）  □薬物療法等　　　　　　　　　　　　　　　（□当院で実施　　・　□他医療機関を紹介）  □人工授精　　　　　　　　　　　　　　　　（□当院で実施　　・　□他医療機関を紹介）  □体外受精　　　　　　　　　　　　　　　　（□当院で実施　　・　□他医療機関を紹介）  □顕微授精　　　　　　　　　　　　　　　　（□当院で実施　　・　□他医療機関を紹介）  □その他 | | | | | |
| 院外処方の有無 | □有　　□無 | | | | | |

注）夫と妻が同じ医療機関で受診した場合は、まとめて記入してください。夫と妻が別々の医療機関で受診した場合は、

それぞれの医療機関で記入してください。

※1　貴医療機関において助成対象となる不妊検査・一般不妊治療を行った期間を記入してください。

※2　貴医療機関において実施助成対象となる不妊検査・一般不妊治療に係る費用を窓口で支払った金額（入院治療費及び食事代を含む。ただし、差額ベッド代及び病衣等日用品代は含めない。）当該証明書の発行に係る文書料を徴収する場合にはその金額も含めた合計額を記入してください。