

様式第2号（第6条関係）

阿久比町不妊治療費補助金受診等証明書

年 月 日

以下の者については、不妊症と診断し、次のとおり不妊治療等を実施し、これに係る医療（調剤）費（保険適用分）を徴収したことを証明します。

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

受診者氏名	夫		妻		
生年月日		年 月 日		年 月 日	
不妊治療の実施状況（該当箇所には <input checked="" type="checkbox"/> 又はご記入ください。）					
<input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法（ 回） <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> 人工授精（ 回） <input type="checkbox"/> 手術療法（手術方法： ） <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <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）					
本人負担額（保険適用分）の内訳	区 分	一般不妊治療 （右記以外のもの）		特定不妊治療 （体外受精・顕微授精・男性不妊治療）	
		医療機関分	薬局分	医療機関分	薬局分
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	合 計	円		円	

※記入に係る留意事項

- 1 医療機関（主治医）がご記入ください。
- 2 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は含めないでください。院外処方が「有」の場合、「本人負担額（保険適用分）の内訳」欄の「薬局分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。