

年 月 日

阿南市不妊治療費助成受診等証明書
(一般不妊治療実施分)

以下の者には一般不妊治療管理料は徴収していないが、記載のとおり一般不妊治療を実施し、本人負担額を領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

印

受診者氏名	夫		妻		今回の治療開始時の年齢
生年月日		年 月 日生		年 月 日生	歳

※二重線の枠内は申請される方が記入のうえ、医療機関へ記載を依頼してください。

治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
治療内容	(実施した一般不妊治療で該当するものすべてに✓をご記入ください。) <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法				
本人負担額	年 月分	円	年 月分	円	
	年 月分	円	年 月分	円	
	年 月分	円	年 月分	円	
	年 月分	円	年 月分	円	
	年 月分	円	年 月分	円	
	年 月分	円	年 月分	円	
	合 計				円
院外処方の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 左枠に処方日を記入	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
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
他機関の治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療機関名			

注1 一般不妊治療の開始日を診療録より転記してください。

注2 治療期間は、令和6年4月以降、実施した一般不妊治療の初回の治療開始日より1年以内の治療及び治療の一環として実施する保険適用の検査、不妊治療後の妊娠判定検査を実施した日を含みます。

注3 文書料は受診者本人より徴収してください。(文書料は助成の対象外となります。)