

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。

（ふりがな） 受診者氏名	（ ）	性別	男 ・ 女	受診者 生年月日	年 月 日
治療期間	年 月 日～		年 月 日		
不妊治療の内容	<p>○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。</p> <p><input type="checkbox"/> タイミング療法</p> <p><input type="checkbox"/> 排卵誘発法</p> <p><input type="checkbox"/> 薬物療法（内服・注射）</p> <p><input type="checkbox"/> その他の手術（手術方法 ）</p> <p><input type="checkbox"/> 検査（治療の一環によるものに限る。）</p> <p><input type="checkbox"/> 男性不妊治療（ ）</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ ）</p> <p>院外処方の有無（<input type="checkbox"/>有・<input type="checkbox"/>無）</p>				
領収金額	円（上記治療期間に係る一般不妊治療費の総額）				

注1 当該患者に関して行った一般不妊治療（体外受精及び顕微受精を除く。）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は含めないでください。