

年 月 日

（宛先）和歌山市長

医療機関等

所在地

名称

代表者氏名

電話番号

次のとおり一般不妊治療等を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名		男・女	生年月日	年 月 日
貴医療機関における一般不妊治療等開始年月日				
年 月 日 ~				
()年度における診療期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
保険診療に要した総点数	点	保険診療分の本人負担（領収）金額	円	
保険診療以外の本人負担（領収）金額（ただし、体外受精及び顕微授精を除く。）				円
本人負担額の 内訳	区 分	保険診療分		保険診療以外の 本人負担金額
		診療点数	本人負担金額	
	年 4月分	点	円	円
	年 5月分	点	円	円
	年 6月分	点	円	円
	年 7月分	点	円	円
	年 8月分	点	円	円
	年 9月分	点	円	円
	年10月分	点	円	円
	年11月分	点	円	円
	年12月分	点	円	円
	年 1月分	点	円	円
	年 2月分	点	円	円
年 3月分	点	円	円	
治療及び 検査の 内容	<input type="checkbox"/> 不妊症 <input type="checkbox"/> 不育症	<input type="checkbox"/> 検査（検査名： _____） <input type="checkbox"/> タイミング療法（不妊相談） <input type="checkbox"/> 薬物療法（内服・注射） <input type="checkbox"/> 手術（ _____） <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> その他（ _____）		
		<input type="checkbox"/> 検査（検査名： _____） <input type="checkbox"/> 薬物療法（内服・注射） <input type="checkbox"/> 手術（ _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____）		
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し			
妊娠成立の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 未確認		
出産の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 未確認		

備考

- 1 一般不妊治療及び不妊検査並びに不育症治療及び不育症検査（不育症検査費助成対象検査を除く。）に係る費用についてのみ御記入ください。
- 2 入院費、食事代等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。
- 3 治療開始（助成可能期間が新たにその進行を始めたときは、その時）以後、助成を開始した月から2年間助成を受けることができます。
- 4 医療機関が発行した受診等証明書の「院外処方の有無」が「有り」の場合は、院外処方に要した費用も対象となります。（薬局が発行する同証明書の添付が必要です。）