

医療機関記入用

串間市不妊治療受診等証明書

下記の者については、次のとおり、串間市不妊治療費助成事業の対象となる不妊検査及び一般不妊治療を実施し、これに係る医療(調剤)費[本人負担額]を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称
及び所在地
電話番号
主治医氏名
(又は薬剤師)

主治医がご記入ください。薬局の場合は太枠内のみご記入ください。

	夫	妻	
フリガナ			
受診者氏名			
受診者生年月日	年 月 日(歳)	年 月 日(歳)	
検査期間	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日	
検査内容	<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 精子受精能検査 <input type="checkbox"/> 画像検査 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> 染色体・遺伝子検査 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> 卵管疎通性検査 <input type="checkbox"/> 頸管粘液検査 <input type="checkbox"/> 子宮鏡検査 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> フーナーテスト(実施日: 年 月 日)		
治療期間	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日	
治療内容	<input type="checkbox"/> 待機療法(タイミング指導) <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 手術療法() <input type="checkbox"/> その他()		
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
治療結果	<input type="checkbox"/> 妊娠成立 <input type="checkbox"/> 妊娠にいたらず <input type="checkbox"/> その他()		
院外処方を行った日	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

※裏面もあります。

《注意事項》

- ①当該患者に関して行った不妊検査及び一般不妊治療に係るもののみご記入ください。
- ②食事療養費標準負担額、個室料など、不妊検査及び不妊治療に直接関係のない費用は対象外のため、含めないでください。
- ③申間市不妊治療受診等証明書（別記様式第2号）の発行に係る文書料の金額をご記入ください。

不妊原因を調べるための検査(保険外負担も含む)に要した費用。※治療の一環として行った検査は含めない

診療月	夫(氏名 保険診療自己負担額)	妻(氏名 保険診療自己負担額)
年 月分	円	円
合計	円	円

一般不妊治療(医療保険適応のみ)に要した費用。※治療の一環として行った検査を含む

診療月	夫(氏名 保険診療自己負担額)	妻(氏名 保険診療自己負担額)
年 月分	円	円
合計	円	円

文書料	円
-----	---

※薬局のみご記入ください。
 処方依頼のあった医療機関名 _____