

様式第4号(第2条関係)

## 尾鷲市一般不妊治療医療費助成事業受診等証明書

下記の者については、不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、一般不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記の通り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

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
受診者生年月日	年 月 日( 歳)		年 月 日( 歳)	
治療の内容※1	<input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法（内服・注射） <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 治療に必要な検査（ ） <input type="checkbox"/> 男性不妊治療（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）  ・一般不妊治療に関する院外処方の有無※2 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・特記事項			
今回の治療期間	年 月 日 ~		年 月 日	
領収金額※3 (一般不妊治療に要 した医療費のうち 自己負担額)	領収金額 円 (うち保険適用分 円) (うち保険以外分 円) (うち院外処方分 円)			

※1) 特定不妊治療に係る検査・治療は対象外です。

※2) 院外処方がある場合は、主治医が患者から一般不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。

※3) 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療域間（指定を受けていない医療機関である場合を含む）で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。