

【射水市記入欄】  
令和 年度 回目（前回までの市助成済額 円）



様式第3号（第2条関係）

不妊治療費助成事業受診証明書（一般不妊治療用）

下記の者は、次のとおり一般不妊治療（体外受精及び顕微授精を除く）を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地  
名称  
主治医氏名 印

受診者		夫	妻
	氏名		
	生年月日	年 月 日	年 月 日
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
今回の治療方法	<input type="checkbox"/> 不妊症を判定するための検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 人工授精（ 回） <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> その他（ )		
【今回の治療内容（特記事項があれば記入してください。）】			
妊娠反応	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
本人負担額の 内訳	保険診療点数		点
	上記の本人負担額		円
	保険診療以外の本人負担額		円
院外処方	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

- 注1 当該受診者に関して行った一般不妊治療（体外受精及び顕微授精を除く）に係るもののみ記入してください。  
2 は当該項目にチェックしてください。  
3 不妊症かどうかを判断するための検査費用も助成対象となります。ただし、検査後に不妊治療を行わなかった場合は、助成の対象となりません。  
4 夫婦合算額を記入してください。  
5 入院時食事療養費は助成の対象となりません。