

別記第2号様式 (産婦人科又は泌尿器科を標榜する医療機関) **記入例**
一般不妊治療費助成事業医療機関等証明書

一般

年 月 日

宇部市長様

(産婦人科又は泌尿器科を標榜する医療機関)

住所
 名称
 電話番号
 代表者

証明医師 氏名

下記のとおり、不妊治療を実施し、保険診療に係る被保険者負担額を領収したことを証明します。
 記

(ふりがな) 受診者氏名	()	男 女	生年月日	年 月 日
病名 (不妊症の原因疾患名)			貴医療機関における不妊治療開始年月日 年 月 日	
治療の医学的必要性 (注1)	有 ・ 無			
本年度における診療期間	年 月 日 から		年 月 日 まで	
保険診療に要した総点数				
保険診療費被保険者負担(領収)額	円			
保険診療に係る 検査・不妊治療 の内容	<input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 内視鏡手術 <input type="checkbox"/> タイミング療法(不妊相談) <input type="checkbox"/> 精管吻合術 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法(内服 ・ 注射) <input type="checkbox"/> 精巣精管吻合術 <input type="checkbox"/> 精索静脈瘤手術 <input type="checkbox"/> 投薬() <input type="checkbox"/> その他の検査() <input type="checkbox"/> その他の手術() <input type="checkbox"/> その他()			
特記事項				

保険診療に係る
検査、治療のみ記
入してください。

注) 貴医療機関において、一般不妊治療を行った期間が2年を超える場合及び他の医療機関において一般不妊治療を行った期間を含め治療期間が2年を超える場合に記入して下さい。
 注) 保険診療に要した総点数は、本人負担分の点数を記入して下さい。
 注) 処方せんを交付された場合は、処方せん交付日、薬剤名、投薬日数を特記事項欄に明記して下さい。
 (特記事項欄の記入に代え、処方せんの写しを添付することも可)

一般不妊治療費助成事業医療機関等証明書

年 月 日

宇部市長 様

(産婦人科又は泌尿器科を標榜する医療機関)

住所
名称
電話番号
代表者

証明医師 氏名

下記のとおり、不妊治療を実施し、保険診療に係る被保険者負担額を領収したことを証明します。
記

(ふりがな) 受診者氏名	()	男 女	生年月日 年 月 日
病 名 (不妊症の原因疾患名)			貴医療機関における不妊治療開始年月日 年 月 日
治療の医学的必要性 (注1)	有 ・ 無		
本年度における診療期間	年 月 日から 年 月 日まで		
保険診療の要した総点数 (注2)			
保険診療費被保険者負担(領収)額	円		
保険診療に係る 検査・不妊治療 の内容	<input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 内視鏡手術 <input type="checkbox"/> タイミング療法(不妊相談) <input type="checkbox"/> 精管吻合術 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法(内服・注射) <input type="checkbox"/> 精巣精管吻合術 <input type="checkbox"/> 精索静脈瘤手術 <input type="checkbox"/> 投薬() <input type="checkbox"/> その他の検査() <input type="checkbox"/> その他の手術() <input type="checkbox"/> その他()		
特 記 事 項 (注3)			

注1) 貴医療機関において、一般不妊治療を行った期間が2年を超える場合及び他の医療機関において一般不妊治療を行った期間を含め治療期間が2年を超える場合に記入してください。

注2) 保険診療に要した総点数は、本人負担分の点数を記入してください。

注3) 処方せんを交付された場合は、処方せん交付日、薬剤名、投薬日数を特記事項欄に明記してください。

(特記事項欄の記入に代え、処方せんの写しを添付することも可)