様式第２　（第５条関係）

鹿児島市不妊治療費助成事業受診等証明書（医療機関分）

　　下記の者については、不妊症の検査及び治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

 年　　月　　日

 　　　　　 　医療機関等

　　　 住所

 　　名称

代表者氏名

　 電話番号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）受診者氏名 | 夫 |  | 生年月日 | 年　 月　 日 |
|  |
| 妻 |  | 生年月日 | 年　 月　 日 |
|  |
| 当医療機関における不妊治療終了年月日　　　　　　　　　　　　　　　 年　　　月　　　日 |
| （ 　 　　）年度における治療期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 検査・不妊治療の内容 | * 超音波検査　　　　　　　　　**□**タイミング療法　　　　　**□**人工授精
* 内分泌検査　　　　　　　　　**□**薬物療法　　　　　　　　**□**体外受精
* 卵管疎通性検査　　　　　　　**□**排卵誘発法　　　　　　　**□**顕微授精
* 感染症検査　　　　　　　　　**□**手術療法　　　　　　　　**□**　男性不妊治療

**□** 精液検査**□**その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 院外処方の有無 | * 有り　　　　　 　　**□**　無し
 |
| 本人負担額の内訳夫・妻(いずれかに◯印) |  | 保険診療分 | （本市記入欄） |
| 診療点数 | 本人負担額 |  |
| 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 |
| 計 | 　　　　　 円　　　　 | 円 |  |  |  |  |  |
|  本人負担額　　　　　　　　　　　　　　　円 |

１　入院時の差額ベッド代、食事代、文書料等の治療に直接関係ない費用は、含まないでください。

２ 「院外処方の有無」が「有り」の場合、「鹿児島市不妊治療費助成事業受診等証明書（薬局分）」（様式第２-２）を記入していただく必要があります。