

## 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		治療終了 [ 年 月 日 ] ・ 治療継続中				
( ) 年度における治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日				
妊 娠 判 定 日		有 [ 年 月 日 ] ・ 無				
検査・不妊 治療の内容	<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 卵管疎通性検査 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> 手術療法 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	院外処方の有無		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し			
	本人負担 額の内訳 夫・妻 (いずれかに○印)			保険診療分		自己負担限度額区分
				診療点数	本人負担額	
		年 4月分		点	円	
年 5月分		点	円			
年 6月分		点	円			
年 7月分		点	円			
年 8月分		点	円			
年 9月分		点	円			
年 10月分		点	円			
年 11月分		点	円			
年 12月分		点	円			
年 1月分		点	円			
年 2月分		点	円			
年 3月分		点	円			
計			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。