

## 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	<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		(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。