

様式第3号（第5条関係）

刈谷市一般不妊治療等助成金受診等証明書

次の者については、次のとおり一般不妊治療（調剤を含む。）を実施し、これに係る費用（本人負担額）を徴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.....
 診療科目.....

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

受診者	1	フリガナ 氏名	生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	2	フリガナ 氏名	生年月日	昭和 平成	年 月 日	
貴医療機関における治療開始年月日		平成 令和	年 月 日	人工授精開始年月日	平成 令和	年 月 日
今回の治療期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
治療内容		<input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法（ 回） <input type="checkbox"/> 人工授精（ 回） <input type="checkbox"/> 手術療法（手術方法 ） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
院外処方の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
本人負担額の内訳	区分	診療分本人負担額		調剤分本人負担額		
	年 3月分	円		円		
	年 4月分	円		円		
	年 5月分	円		円		
	年 6月分	円		円		
	年 7月分	円		円		
	年 8月分	円		円		
	年 9月分	円		円		
	年10月分	円		円		
	年11月分	円		円		
	年12月分	円		円		
	年 1月分	円		円		
	年 2月分	円		円		
	合計金額	①	円	②	円	
領収金額（①+②）		円				

注意事項

- ・証明書の□は、該当項目にレ印を記入してください。
- ・費用助成の対象は、**不妊検査・一般不妊治療及び人工授精の保険適用のみ**です。
 文書料・食事療養費標準負担額・個室料等の直接的な治療費ではない費用は除いてください。