

## 下関市一般不妊治療費助成事業医療機関等証明書

年 月 日

下関市長 様

(産婦人科又は泌尿器科を標榜する医療機関)

住所

名称

代表者

電話番号

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 (*1)	有 ・ 無		
年度における診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
保険診療に要した総点数 (*2)	点		
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"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 (不妊相談) <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 (内服・注射) <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 (*3)			

\*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。

\*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。

\*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記入してください。(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)

\*4) 治療をした日の属する年度(4月1日～3月31日まで)内の内容を記入してください。