様式第2号（第7条関係）

不妊・不育治療医療機関受診等証明書

年 月 日

泉佐野市長 様

医療機関所在地

名称

代表者氏名

㊦

下記の者について、不妊治療又は不育治療を実施しました。また、これに係る治療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

受診者氏名				生年 月 日	年 月 日	
治療の種類		不妊 ・ 不育		貴医療機関における治療等開始日	年 月 日	
() 年度における治療期間			年 月 日 から		年 月 日まで	
保険診療に 要した点数	点	保険診療分の 本人負担金額	円		保険診療以外の 本人負担金額	円
本人負担額 の内訳	区分	不妊治療		不育治療		
		健康保険適用分 本人負担額	健康保険適用外分 本人負担額	健康保険適用分 本人負担額	健康保険適用外分 本人負担額	
	() 年度	4月分	円	円	円	円
		5月分	円	円	円	円
		6月分	円	円	円	円
		7月分	円	円	円	円
		8月分	円	円	円	円
		9月分	円	円	円	円
		10月分	円	円	円	円
		11月分	円	円	円	円
		12月分	円	円	円	円
		1月分	円	円	円	円
		2月分	円	円	円	円
3月分	円	円	円	円		
治療 及び 検査 内容	不妊症	☐ 検査（検査名： ） ☐ タイミング療法（不妊相談） ☐ 排卵誘発法 ☐ 人工授精 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 ☐ 手術療法（方法： ） ☐ その他（ ）				
	不育症	☐ 検査（検査名： ） ☐ 薬物療法（内服・注射） ☐ 手術療法（方法： ） ☐ その他（ ）				
院外処方 の有無	有 ・ 無	※「院外処方の有無」が「有」の場合は、助成の対象となりますが、別に、薬局にて本証明書の発行を受けていただくこととなります。医療機関において受ける検査及び治療に係る費用だけで、助成額の上限を超過する場合は、薬局の証明は必要ありません。				

※不妊及び不育の検査、治療に係る費用のみ記入してください。なお、各種文書取得に係る費用、入院に係る食事療養費、室料差額等、治療行為に該当しない費用は除外してください。

※「保険診療以外の診療費本人負担額」欄は、検査、治療に係る費用を記入してください。