

年 月 日

鳴門市不妊治療費助成受診等証明書
(一般不妊治療実施分)

以下のとおり一般不妊治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

受診者氏名	夫		妻		今回の治療開始時の年齢
生年月日		年 月 日生		年 月 日生	歳

申請される方が記入のうえ、医療機関へ記載を依頼してください。

治療期間	年 月 日 ~		年 月 日			
治療内容	<input type="checkbox"/> タイミング法		<input type="checkbox"/> 人工授精		<input type="checkbox"/> 排卵誘発法	
本人負担額	年 月分	円	年 月分	円		
	年 月分	円	年 月分	円		
	年 月分	円	年 月分	円		
	年 月分	円	年 月分	円		
	年 月分	円	年 月分	円		
	年 月分	円	年 月分	円		
	合計			円		
院外処方の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 左枠に処方日を記入	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
他機関の治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		医療機関名			

注1 一般不妊治療の開始日を診療録より転記してください。

注2 治療期間は、令和4年4月以降、実施した一般不妊治療の初回の治療開始日より1年以内の治療及び治療の一環として実施する保険適用の検査、不妊治療後の妊娠判定検査を実施した日を含みます。

注3 文書料は受診者本人より徴収してください。(文書料は助成の対象外となります。)