様式第2号（第7条関係）

えびの市不妊治療受診証明書

（宛先）えびの市長

　下記の者については、不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年　　　月　　　日

医療機関の名称

所　　在　　地

主 治 医 氏 名

記

医療機関記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者氏名 | 夫 |  | | | | 妻 |  | |
|  | | | | |  | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） | | | | | 年　　月　　日（　　歳） | | |
| 今回の治療方法  ※該当する番号に〇を付けてください。 | 一般不妊治療 | | | １．タイミング法 | | | | |
| ２．人工授精 | | | | |
| ３．その他医師が行う不妊治療で保険適用のもの  （治療内容：　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 生殖補助医療 | | | ４．体外受精 | | | | |
| ５．顕微授精 | | | | |
| ６．男性不妊の手術 | | | | |
| ７．その他医師が行う不妊治療で保険適用のもの  （治療内容：　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 今回の治療期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 領収年月日 | 年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 領収金額 | 番号 | | 保険適用分 | | 保険適用外分 | | | 合計 |
| １～３ | | 円 | | 円 | | | 円 |
| ４～７ | | 円 | | 円 | | | 円 |
| 合計 | | 円 | | 円 | | | 円 |

※先進医療等と併用したことで保険適用となった１～７の治療についても対象とする。ただし、１～７の治療以外（保険適用外の先進医療等）については、対象とならない。