

様式第2号（第5条関係）（表面）

受給者番号	2						(市記入欄)
-------	---	--	--	--	--	--	--------

高砂市一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、自然に妊娠する見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、不妊治療の検査及び治療を実施し、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

記

高砂市長 様

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄

ふりがな					
受診者氏名	夫		妻		
受診者生年月日		年 月 日 (歳)			年 月 日 (歳)
今回の治療内容	☐ タイミング法 ☐ 手術 () ☐ 人工授精 (A I H) ☐ その他 () ☐ 薬物療法 ()				
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (1 月から 12 月までに受診した実際の治療期間を記入してください。)			今回の治療による 妊娠の有無	
				有	無
領収年月日 及び 領収金額 (上記、治療期間の内容 を記入してください。)	年 月 日 ~ 年 月 日				
	保険診療 円		合計		
	保険外診療 円		円		

※特定不妊治療にかかる検査・治療、入院時食事療養費、文書料、個室料等の一般不妊治療に直接関係のない費用は助成対象外ですので、記載しないでください。

(裏面)

※今回の検査・治療のうち、次に該当するものがありましたらご記入ください。

【保険適用外のペア検査（妻と夫の初回受診の間隔が3か月以内）】

今回の検査内容							
今回の検査期間※	年 月 日 ~	今回の検査による 治療の必要性の有無			今回の検査による 不妊治療の有無		
	年 月 日	有	無	不明	有	無	不明
領収年月日 及び 領収金額	年 月 日 ~ 年 月 日	※保険適用外の医療費のみ記載 円					

※ 検査期間については、初診の日から検査終了日までを記載してください。