別記様式第２号（第６条関係）

（表）

館林市不妊治療費等助成事業医療機関受診証明書（ 一般 ・ 特定 ・ 男性 ・ 不育 ）

（医療機関が２ヶ所以上の場合は、別に本書類を作成してください。）

申請者記入欄	ふりがな		生年月日
	治療者氏名		昭和・平成　年　月　日
	ふりがな		生年月日
	配偶者氏名		昭和・平成　年　月　日
	住　所	〒３７４－ 館林市	連絡先電話番号

※ 申請者の今年度の治療について、下記事項の証明をお願いします

主治医記入欄	診療開始日	年　月　日	診断名	
	診療期間	年　月　日　～　年　月　日		
	医療費	（１）被保険者負担額		円
		（２）保険診療適用外負担額		円
		（３）受診者領収額（１）＋（２）		円

治療期間内の治療として、次の〇印を実施しました。

１.診察　２．検査（頚管粘液検査・性交後検査・精液検査等）　３．ホルモン治療

４．処置（卵管通気検査・子宮卵管造影検査・腹腔鏡検査等）　５．人工授精

６.体外受精又は顕微授精

A.新鮮胚移植を実施

B.採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施（採卵・受精後・胚を凍結し、母体の状態を整えるために１～３周期の間隔をあけた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合）

C.以前に凍結した胚による胚移植を実施　D.体調不良等により移植のめどが立たず治療終了

E.受精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止

F.採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止

７.男性不妊（手術療法：TESE・MESA・PESA・その他（　　）を実施）

８.不育症（検査：　　）　薬物療法（内服・注射）　手術（　　）

９.その他（　　）

上記のとおり、証明します。

年　月　日　医療機関　所在地・名　称・主治医氏名

印

保険薬局記入欄	薬剤費	（１）被保険者負担額	円
		（２）保険診療適用外負担額	円
		（３）受診者領収額（１）＋（２）	円

上記のとおり、証明します。

年　月　日　保険薬局の住所・氏名又は名称

印

※裏面に領収額の内訳表があります。あわせて記入をお願いします

（裏）

＜領収額の内訳＞

治療年月 （月まとめの記入可）	被保険者負担額 （1）	保険診療適用外負担額 （2）	領収額 （3）＝((1)＋(2))	備　考
年　月　日	円	円	円	
年　月　日	円	円	円	
年　月　日	円	円	円	
年　月　日	円	円	円	
年　月　日	円	円	円	
年　月　日	円	円	円	
年　月　日	円	円	円	
年　月　日	円	円	円	
年　月　日	円	円	円	
年　月　日	円	円	円	
年　月　日	円	円	円	
年　月　日	円	円	円	
年　月　日	円	円	円	
年　月　日	円	円	円	
年　月　日	円	円	円	
年　月　日	円	円	円	
年　月　日	円	円	円	
年　月　日	円	円	円	
年　月　日	円	円	円	
年　月　日	円	円	円	
年　月　日	円	円	円	
年　月　日	円	円	円	
合　計	（1） 円	（2） 円	（3）＝((1)＋(2)) 円	

（注意事項）

1　領収金額は、文書作成料や入院費及び食事代等治療に直接関係ないものを除いた額となります。

2　合計金額は表面の領収金額と同額になるようにしてください。

3　保険薬局の領収額があるかたは内訳表を２枚使用してください。