

鹿角市長

様

(医療機関) 住 所

名 称

代 表 者

主治医氏名

印

電話番号

医療機関証明書

下記の者については、不妊の治療を行っていることを証明します。

氏 名	夫		生年月日		
	妻		生年月日		
住 所	〒		連絡先	- -	
初 回 受 診	年 月 日				
本 年 度 治 療 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日				
検査・治療内容	チェック又は記入してください				
	検査内容		治療内容		
	<input type="checkbox"/>	精液検査	<input type="checkbox"/>	タイミング療法 (回)	
	<input type="checkbox"/>	ホルモン検査	<input type="checkbox"/>	排卵誘発法 (回)	
	<input type="checkbox"/>	子宮卵管造影	<input type="checkbox"/>	人工授精 (回)	
	<input type="checkbox"/>	クラミジア抗体検査	<input type="checkbox"/>	その他	
<input type="checkbox"/>	その他 ()	<input type="checkbox"/>	()		
区分	診療年月	医療機関徴収分			院外処方 の有無
		医療費総額	本人負担額	院内処方 本人負担額	
本人負担額の内訳	年 4 月分	円	円	円	有・無
	年 5 月分	円	円	円	有・無
	年 6 月分	円	円	円	有・無
	年 7 月分	円	円	円	有・無
	年 8 月分	円	円	円	有・無
	年 9 月分	円	円	円	有・無
	年 10 月分	円	円	円	有・無
	年 11 月分	円	円	円	有・無
	年 12 月分	円	円	円	有・無
	年 1 月分	円	円	円	有・無
	年 2 月分	円	円	円	有・無
	年 3 月分	円	円	円	有・無
小 計		① 円	② 円		
今年度不妊治療にかかった金額 (医療機関本人負担額)	円 (①+②)				
特 記 事 項					

- 1 不妊治療に関する費用についてのみ記載すること。(特定不妊治療は除く)
- 2 他の医療機関への紹介、治療中断等、規定以外の事由が発生した場合は、特記事項に記載すること。