

第2号様式（第6条関係）

鹿屋市不妊治療費助成事業受診等証明書

以下のとおり、鹿屋市不妊治療費助成事業の対象となる不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

(フリガナ) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日		年 月 日
当医療機関における治療開始年月日		年 月 日		
今回の申請に係る治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日		
今回の治療方法	☐ タイミング法 ☐ 人工授精 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 ☐ 男性不妊治療（ ） ☐ その他（ ）			
今回の治療結果	☐ 妊娠した ☐ 妊娠せず ☐ 治療中止 ☐ その他（ ）			
限度額適用認定の有無		☐ 無 ☐ 有（区分： ）		
領収金額	不妊治療費 ※男性不妊治療費は除く。	保険適用	円	
		保険適用外	円	
	男性不妊治療費	保険適用	円	
		保険適用外	円	
	文書料（本事業に係る証明書）		円	
院外処方の有無	☐ 無 ☐ 有	薬局領収金額	円	
今回の治療にかかった金額の合計（薬局分含む。）			円	

備考1 当該患者に対して行った不妊治療に係るもののみ記入してください。

2 ☐は該当項目にレ印を記入してください。

3 原則として、治療期間は1回の不妊治療ごとに記入してください。ただし、一般不妊治療を実施した場合は、複数回分の不妊治療についてまとめて記入することもできます。

4 不妊治療を伴わない不妊検査及び自費検査となる不妊検査の費用は含めないでください。

5 先進医療分は対象外になるため記載しないでください。

6 本事業に係る証明書の文書料は助成の対象となりますので、領収金額欄中文書料欄に記入してください。その他の文書料及び直接治療に関係のない費用は助成の対象外です。

7 院外処方の有無が「有」の場合、薬局の領収書から本人負担額を薬局領収金額欄に転記してください。