境港市

様式第５号（第６条関係）

一般不妊治療受診証明書

次の者について、一般不妊治療に係わる助成金の対象となる不妊治療を下記のとおり実施したことを証明します。

年　　月　　日

特定医療機関の住所

名称

代表者名　　㊞

主治医氏名　　㊞

（署名または記名押印）

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（　　）	妻	（　　）
生年月日		昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）		昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）
助成対象となる 一般不妊治療期間		年　　月　　日　～　　年　　月　　日		
治療内容	□検査（治療の一環によるものに限る） □タイミング療法　【実施（　　回）】 □排卵誘発法　【実施（　　回）】 □人工授精　【実施（　　回）】 □手術療法　【手術方法　　】 □その他　【　　】			

上記一般不妊治療に要した費用に係る領収書又は医療費等明細書の添付がない場合に使用する証明欄

領収年月日	年　　月　　日　～　　年　　月　　日
不妊治療に要した 金額の合計※	領収金額　　円 内訳 保険診療分の本人負担分　　円 人工授精に係る保険外診療分　　円 助成対象外経費※　　円

※助成対象外経費欄には、入院費、食事代、精子の凍結や管理に関する費用等について記載してください。