

様式第2号（第7条関係）

伊達市一般不妊治療医療機関等証明書

年 月 日

(宛名) 伊達市長

医療機関 所在地
 (調剤薬局) 名称
 代表者 ㊟
 電話番号

次のとおり、一般不妊治療を実施し、自己負担額を領収したことを証明します。

受診者(夫)氏名		受診者(妻)氏名			
貴医療機関における治療診療開始年月日(※1)		年 月 日			
年度における診療期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
検査・治療の内容(※2)		<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> ホルモン療法 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 手術療法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 頸管粘膜検査 <input type="checkbox"/> 子宮鏡検査 <input type="checkbox"/> その他()			
院外処方の有無		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し			
自己負担額内訳	区分	夫		妻	
		診療点数	自己負担額	診療点数	自己負担額
	年3月分	点	円	点	円
	年4月分	点	円	点	円
	年5月分	点	円	点	円
	年6月分	点	円	点	円
	年7月分	点	円	点	円
	年8月分	点	円	点	円
	年9月分	点	円	点	円
	年10月分	点	円	点	円
	年11月分	点	円	点	円
	年12月分	点	円	点	円
	年1月分	点	円	点	円
年2月分	点	円	点	円	
保険適用(夫婦合算)		診療点数合計 点	自己負担額 計 円		
人工授精		実施回数 回	自己負担額 計 円		
			自己負担額 合計 円		

- ※ 人工授精以外の保険適用外の自己負担額の記入は不要です。
- ※1 夫婦ともに治療を行った場合は、治療開始の早い方を記入下さい。
- ※2 薬局の証明の場合は、検査・治療の内容及び診療点数欄の記入は不要です。