様式第２号（第５条関係）

**不妊治療費等助成事業医療機関証明書**

　　年　　月　　日

　産山村長　様

（医療機関）

住所

名称

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

下記のとおり、一般不妊治療（その他・人工授精）を実施し、治療費を領収したことを証明します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一般不妊治療（その他）** | | | **一般不妊治療（人工授精）** | | |
| ふりがな |  | | 夫 | ふりがな |  |
| 受診者 |  | | 受診者 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 貴医療機関における不妊治療開始年月日 | | | 妻 | ふりがな |  |
| 年　　月　　日開始 | | | 受診者 |  |
| 病名（不妊症の原因疾患名） | | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
|  | | | 年度において人工授精を行った期間 | | |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | |
| 治療の医学的必要性（注１） | | 有　・　無 | 年度において行った人工授精について記入してください。（本人負担額をご記入ください。文書料、個室料等は含めないでください。）  第1回 　　年　月　日領収金額　　　　　　円  第2回 　　年　月　日領収金額　　　　　　円  第3回 　　年　月　日領収金額　　　　　　円  第4回 　　年　月　日領収金額　　　　　　円 | | |
| 年度における診療期間 | | 年　 月　 日～  年　 月　 日 |
| 保険診療に要した総点数（注２） | | 点 |
| 保険診療費被保険者負担合計額 | | 円 |
| 処方箋交付日（注３） | | 年　 月　 日 |
| 薬剤名　　　（注３） | |  | 年度人工授精費用合計領収金額  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | |
| 投薬日数　　（注３） | | 日 |
| 特記事項 |  | | | | |

注1）貴医療機関において一般不妊治療を行った期間が2年を超える場合及び他の医療機関において一般不妊治療を行った期間を含め治療期間が2年間を超える場合に記入してください。

注２）一般不妊治療のみ保険診療に要した総点数を診療月ごと記入してください。（診療月が多い場合は特記事項に記入してください。）

注３）処方箋を交付された場合は、処方箋の写しを添付することも可。