様式第２号（第４条関係）

一般

一般不妊治療費助成事業医療機関等証明書

年　　月　　日

光市長　様

（産婦人科又は泌尿器科を標ぼうする医療機関）
住所
名称
代表者
電話番号

下記のとおり、不妊治療を実施し、保険診療に係る被保険者負担額を領収したことを証明します。

記

（ふりがな） 受診者氏名	（　　）	男 女	生年月日　　年　　月　　日
病名 （不妊症の原因疾患名）			貴医療機関における不妊治療開始年月日 年　　月　　日
治療の医学的必要性（注１）	有　・　無		
年度における診療期間	年　　月　　日から　　年　　月　　日まで		
保険診療費被保険者負担（領収）額	合計　　円 そのうち、人工授精費　　円 ※山口県不妊治療（人工授精）費助成事業申請金額を含めてご記入ください。 そのうち、生殖補助医療費　　円		
保険診療に係る検査・不妊治療の内容	□不妊症スクリーニング検査 □精液検査 □タイミング療法（不妊相談） □排卵誘発法（内服・注射） □精索静脈瘤手術 □人工授精 □採精 □顕微授精 □凍結胚移植 □その他の検査　〔　　〕 □その他の手術　〔　　〕 □その他　〔　　〕	□精巣生検 □内視鏡手術 □精管吻合術 □精巣精管吻合術 □投薬 □採卵 □体外受精 □受精卵・胚培養 □胚移植	
特記事項 （注２）			

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年を超える場合に記入してください。

注２）処方せんを交付された場合は、処方せん交付日、薬剤名、投薬日数を特記事項欄に明記してください（特記事項欄の記入に代え、処方せんの写しを添付することも可）。