様式第２号（第５条関係）

福崎町一般不妊治療受診等証明書

下記の者については、一般不妊治療が必要と診断し、一般不妊治療を実施しました。これにかかる医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年　　月　　日

福崎町長　　様

医療機関　　住　所
名　称
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

<table>
<tr><td rowspan="2">受診者</td><td>夫
フリガナ
氏名</td><td></td><td>年　　月　　日生
（　　歳）</td></tr>
<tr><td>妻
フリガナ
氏名</td><td></td><td>年　　月　　日生
（　　歳）</td></tr>
<tr><td colspan="2">今回の
治療内容等</td><td colspan="2">○該当患者が今回行った不妊治療等について該当箇所に記入してください。
□　タイミング法　　□薬物療法
□　人工授精　　□手術療法
□　検査（診断及び治療のために必要なもの）
□　その他（　　）

○一般不妊治療に関する院外処方の有無　　□あり　□なし
○特記事項</td></tr>
<tr><td colspan="2">今回の治療期間</td><td colspan="2">年　　月　　日～　　年　　月　　日
（４月～翌年３月までに受診した実際の治療期間を記入してください。）</td></tr>
<tr><td colspan="2">今回の治療による
妊娠の有無</td><td colspan="2">□有　□無　□治療継続中　□未確認</td></tr>
<tr><td colspan="4">領収年月日　　年　　月　　日～　　年　　月　　日
領収金額　　円
（上記、治療期間の領収年月日及び領収金額を記入してください。）</td></tr>
</table>

※１）医療保険適応の内外を問いません。ただし、特定不妊治療に係る検査・治療は対象外です。

※２）入院時食事療養費、文書料、個室料その他一般不妊治療に直接関係ない費用は助成対象外ですので記載しないでください。

※３）サプリメント、入院時食事療養費、文書料、個室料その他一般不妊治療に直接関係のない費用は助成対象外ですので、記載しないでください。