

様式第7号 (第11条関係)

不妊検査及び一般不妊治療費補助金受診等証明書

年 月 日

石岡市長 宛

医療機関の名称及び所在地
 電話番号
 主治医氏名 印

下記のとおり、石岡市不妊検査及び一般不妊治療助成事業の対象となる不妊検査及び一般不妊治療を行ったことを証明します。

記

区分	夫			妻		
受診者氏名						
受診者生年月日	年 月 日 (歳)			年 月 日 (歳)		
診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			年 月 日 ~ 年 月 日		
検査内容	<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> 画像検査 <input type="checkbox"/> 染色体・遺伝子検査 <input type="checkbox"/> その他 []			<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> 卵管疎通性検査 <input type="checkbox"/> 頸管粘液検査 <input type="checkbox"/> フーナーテスト <input type="checkbox"/> 子宮鏡検査 <input type="checkbox"/> その他 []		
治療内容	<input type="checkbox"/> 待機療法(タイミング指導) <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 手術療法 手術の内容 []					
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
院外処方を行った日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
領収金額 ※今回の治療で支払った合計金額	※令和3年4月1日以降に支払った費用が対象です。 ※入院時食事療養費, 差額ベッド代及び文書料は, 補助対象外のため除いてください。					
	夫			妻		
	保険診療分	自費診療分	計	保険診療分	自費診療分	計
	円	円	円	円	円	円