

奈良市一般不妊治療費等助成金交付医療機関等証明書

（宛先）奈良市長

年 月 日

医療機関等

住所

名称

代表者氏名

電話番号

以下のとおり一般不妊治療等を実施したことを証明します。

(ふりがな)	夫	生年月日	年	月	日
受診者氏名	妻	生年月日	年	月	日
当医療機関における不妊治療開始年月日			年	月	日
() 年度における治療期間		年 月 日	～	年 月 日	
検査・不妊治療の内容	<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査 <input type="checkbox"/> 手術療法 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> その他()				
院外処方の有無		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し			
本人負担額の内訳	区 分	医療機関分			薬局分
		保険診療分		保険診療以外の不妊治療等に係る本人負担額（ただし、体外受精・顕微授精を除く。）	本人負担額
	診療点数	本人負担額			
	年 4月分	点	円	円	円
	年 5月分	点	円	円	円
	年 6月分	点	円	円	円
	年 7月分	点	円	円	円
	年 8月分	点	円	円	円
	年 9月分	点	円	円	円
	年10月分	点	円	円	円
	年11月分	点	円	円	円
	年12月分	点	円	円	円
	年 1月分	点	円	円	円
	年 2月分	点	円	円	円
年 3月分	点	円	円	円	
計			円	円	円
本人負担額 _____ 円					

- 1 一般不妊治療等（検査を含む。）に係る費用についてのみご記入ください。
- 2 食事療養費標準負担額、個室料等の治療に直接関係ない費用は、含まないでください。
- 3 夫婦合算額をご記入ください。
- 4 「院外処方の有無」が「有り」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局分」へも記入してください。