

## 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)<br>受診者氏名    | 夫                                  | 生年月日                             | 年 月 日   |       |       |     |
|                    | 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<br>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"/> 体外受精                           |       |       |     |
|                    | <input type="checkbox"/> ホルモン検査    | <input type="checkbox"/> 薬物療法    | <input type="checkbox"/> 顕微授精                           |       |       |     |
|                    | <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査  | <input type="checkbox"/> 排卵誘発法   | <input type="checkbox"/> 男性不妊治療                         |       |       |     |
|                    | <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<br>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<br>に係る本人負担額                                | 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。