様式第6号（第4条関係）

男鹿市一般不妊治療費助成事業医療機関受診証明書

年　　月　　日

（医療機関）　所　在　地

名　　称

主治医氏名　　印

次のとおり一般不妊治療･検査を実施し、これに係る医療費の本人負担額を受領したことを証明します。

受診者	夫	（ふりがな） 氏　名	生年月日 年　　月　　日
	妻	（ふりがな） 氏　名	生年月日 年　　月　　日

貴医療機関における治療開始日	年　　月　　日
今回の治療期間	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日
検査内容	□超音波検査　□ホルモン検査　□子宮卵管造影検査 □精液検査　□その他（　　）
治療内容	□タイミング療法　□薬物療法　□人工授精 □手術療法（　　）□その他（　　）
妊娠判定結果	□　陰性　□　陽性

診療年月日	本人負担額		院外処方の有無
	保険診療	保険診療外	
年　　月　　日	円	円	有　　無
年　　月　　日	円	円	有　　無
年　　月　　日	円	円	有　　無
年　　月　　日	円	円	有　　無
年　　月　　日	円	円	有　　無
年　　月　　日	円	円	有　　無
年　　月　　日	円	円	有　　無
年　　月　　日	円	円	有　　無
年　　月　　日	円	円	有　　無
年　　月　　日	円	円	有　　無
年　　月　　日	円	円	有　　無
年　　月　　日	円	円	有　　無
年　　月　　日	円	円	有　　無
年　　月　　日	円	円	有　　無
年　　月　　日	円	円	有　　無
年　　月　　日	円	円	有　　無
合　計	円	円	

※１　一般不妊治療に関する費用についてのみご記入ください。

※２　入院時食事療養費・差額ベット代・文書料等は助成対象となりませんので除いてください。