

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（奈良県が行う市町村への補助事業の対象となるものを除く）を実施し、本人負担額を領収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	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					