一般

様式第２号（第６条関係）

明石市長 様

令和　　年　　月　　日

明石市一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、一般不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

医療機関名

医療機関の所在

主治医氏名　　㊞

（自署または記名押印）

＜医療機関記入欄 ：主治医が記入すること＞

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td rowspan="3">夫</td><td></td><td rowspan="3">妻</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">受診者氏名</td><td></td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>年　　月　　日（　　歳）</td><td colspan="4">年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>今回の治療内容</td><td colspan="6">☐ タイミング法　　☐ 手術
（　　）
☐ 人工授精（ＡＩＨ）　　☐ その他
（　　）
☐ 薬物療法
（　　）</td></tr>
<tr><td>今回の治療期間</td><td colspan="3">年　　月　　日　～　　年　　月　　日
（４月から 12 月までに受診した実際の治療期間を記入してください。）</td><td colspan="3">今回の治療による妊娠の有無
有　　無　　不明</td></tr>
<tr><td rowspan="3">領収年月日
及び
領収金額
（上記、治療期間の内容を記入してください。）</td><td colspan="6">年　　月　　日～　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="3">保険診療
円</td><td colspan="3" rowspan="2">合計
円</td></tr>
<tr><td colspan="3">保険外診療
円</td></tr>
</table>

※特定不妊治療にかかる検査・治療、入院時食事療養費、文書料、個室料等の一般不妊治療に直接関係のない費用は助成対象外ですので、記載しないでください。