

別記第2号様式 (産婦人科又は泌尿器科を標榜する医療機関)

一般不妊治療費助成事業医療機関等証明書

年 月 日

山 口 市 長 様

(産婦人科又は泌尿器科を標榜する医療機関)

住所

名称

代表者

※

電話番号

(※本人(代表者)が手書きしない場合は、記名押印してください。)

下記のとおり、不妊治療を実施し、保険診療に係る被保険者負担額を領収したことを証明します。

記

(ふりがな) 受診者氏名	()	男 女	生年月日 年 月 日
病 名 (不妊症の原因疾患名)			貴医療機関における不妊治療開始年月日 年 月 日
治 療 の 医 学 的 必 要 性 (注 1)		有 ・ 無	
()年度における診療期間		年 月 日から 年 月 日まで	
保 険 診 療 に 要 し た 総 点 数 (注 2)		点	
保 険 診 療 費 被 保 険 者 負 担 (領 収) 額		円	
保険診療に係る 検査・不妊治療 の内容	☐不妊症スクリーニング検査 ☐精液検査 ☐タイミング療法(不妊相談) ☐排卵誘発法(内服・注射) ☐精索静脈瘤手術 ☐投薬 ☐その他の検査 ☐その他の手術 ☐その他 ☐精巣生検 ☐内視鏡手術 ☐精管吻合術 ☐精巣精管吻合術		

注1) 貴医療機関において一般不妊治療を行った期間が2年を超える場合及び他の医療機関において一般不妊治療を行った期間を含め治療期間が2年を超える場合に記入してください。

注2) 保険診療に要した総点数は、本人負担分の点数を記入してください。

注3) 処方せんを交付された場合は、処方せん交付日、薬剤名、投薬日数を特記事項欄に明記してください。

(特記事項欄の記入に代え、処方せんの写しを添付することも可)

注4) 人工授精、体外受精及び顕微授精(精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術を含む)を除きます。

一般不妊治療費助成事業医療機関等証明書

年 月 日

山 口 市 長 様

（薬局）

住所

名称

薬剤師名

※

電話番号

（※本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印してください。）

下記のとおり、処方せんに基づいて調剤した薬剤を交付し、被保険者負担額を領収したことを証明します。

記

(ふりがな) 患者氏名	() 男・女		
患者生年月日	年 月 日		
処方せん 交付医療機関	医療機関名		
	所在地		
	医師名		
	交付年月日		
調剤内容	調剤年月日		
	薬剤名		
	投薬日数		
	領収金額	円	

注) 処方せん交付医療機関欄及び調剤内容欄の記入に代え、調剤済印を押印した処方せんの写しを添付することも可とする。ただし、処方せんの写しに記載されていない項目は必ず記載すること。

別記第2号様式（産婦人科又は泌尿器科を標榜する医療機関）

一般不妊治療費助成事業医療機関等証明書

〇〇年 〇月 〇日

山口市 様

（産婦人科又は泌尿器科を標榜する医療機関）

住所 山口市糸米2-6-6

名称 糸米医院

代表者 糸米 太郎 ※

電話番号 083-921-0000

（※本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印してください。）

下記のとおり、不妊治療を実施し、保険診療に係る被保険者負担額を領収したことを証明します。

記

（ふりがな） 受診者氏名	（ ほけん やすこ ） 保健 康子	男 女	生年月日 平成 〇年〇月〇日
病 名 （不妊症の原因疾患名）	〇〇〇〇〇〇		貴医療機関における不妊治療開始年月日 〇〇年〇月〇〇日
治療の医学的必要性（注1）		有 ・ 無	
〇〇年度における診療期間		〇〇年 〇月 〇日から 〇〇年 〇月 〇日	
保険診療に要した総点数（注2）		〇〇〇〇 点	
保険診療費被保険者負担（領収）額		〇〇,〇〇〇 円	
保険診療に係る検査・不妊治療の内容	☒不妊症スクリーニング検査 ☐精液検査 ☒タイミング療法（不妊相談） ☒排卵誘発法（内服・注射） ☐精索静脈 〇〇市 ☐投薬 ☐その他の検査 ☐その他の手術 ☐その他 ☐精巣生検 ☐内視鏡手術 ☐精管吻合術 ☐精巣精管吻合術		
特記事項 （注3）			

注1 貴医療機関において一般不妊治療を行った期間が2年を超える場合及び他の医療機関において一般不妊治療を行った期間を含め治療期間が2年を超える場合に記入してください。

注2 保険診療に要した総点数は、本人負担分の点数を記入してください。

注3 処方せんを交付された場合は、処方せん交付日、薬剤名、投薬日数を特記事項欄に明記してください。

（特記事項欄の記入に代え、処方せんの写しを添付することも可）

注4 人工授精、体外受精及び顕微授精（精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術を含む）を除きます。

別記第2号様式（薬局）

一般

一般不妊治療費助成事業医療機関等証明書

〇〇年 〇月 〇日

山口市長様

(薬局)

住所 山口市糸米2-6-6

名称 糸米元気薬局

薬剤師名 糸米花子 ※

電話番号 083-925-0000

(※本人(代表者)が手書きしない場合は、記名押印してください。)

下記のとおり、処方せんに基づいて調剤した薬剤を交付し、被保険者負担額を領収したことを証明します。

記

(ふりがな) 患者氏名	(ほけん やすこ 保健 康子) 男・ ☒ 女	
患者生年月日	昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日	
処方せん 交付医療機関	医療機関名	糸米医院
	所在地	山口市糸米2-6-6
	医師名	糸米太郎
	交付年月日	〇年〇月〇日
調剤内容	調剤年月日	〇年〇月〇日
	薬剤名	〇〇〇〇〇
	投薬日数	〇〇日
	領収金額	〇〇,〇〇〇 円

注) 処方せん交付医療機関欄及び調剤内容欄の記入に代え、調剤済印を押印した処方せんの写しを添付することも可とする。ただし、処方せんの写しに記載されていない項目は必ず記載すること。