

上川町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、次のとおり一般不妊治（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費〔本人負担額〕を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地
名 称
主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医がご記入下さい。）

(ふりがな) 受診者氏名		()		()	
受 診 者 生年月日	夫	年 月 日 (歳)	妻	年 月 日 (歳)	
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			
○当該患者が今回行った治療内容について該当箇所に記入して下さい。 <input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 (回) <input type="checkbox"/> 人工授精 (回) <input type="checkbox"/> 手術療法 (手術方法) <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	医療機関徴収分			薬局徴収分
		保険診療分		保険診療以外の	本人負担額
		医療費総額	本人負担額①	本人負担額 ②	③
	年 4 月分	円	円	円	円
	年 5 月分	円	円	円	円
	年 6 月分	円	円	円	円
	年 7 月分	円	円	円	円
	年 8 月分	円	円	円	円
	年 9 月分	円	円	円	円
	年 10 月分	円	円	円	円
	年 11 月分	円	円	円	円
	年 12 月分	円	円	円	円
	年 1 月分	円	円	円	円
	年 2 月分	円	円	円	円
年 3 月分	円	円	円	円	
〔今回の治療にかかった金額合計〕					
領収金額		円 (上記本人負担額①～③の合計額となります)			

- 注 1 当該患者に対して行った不妊治療（体外受精及び顕微受精を除く。）に係るもののみご記入下さい。
- 2 該当項目をチェックして下さい。
- 3 院外処方の有無が「有り」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担分を転記して下さい。
- 4 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。
- 5 証明書は4月から翌年3月までの診療分についてご記入下さい。