

鷹栖町一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療(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。

令和 年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄(主治医がご記入ください。)

(フリガナ) 受診者氏名		夫	()		妻	()	
生年月日			年	月	日(歳)		年 月 日(歳)
貴医療機関における治療開始年月日			年 月 日				
今回の治療期間		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"/>	ホルモン検査			
	<input type="checkbox"/>	タイミング療法	<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 本人負担額 ②		本人負担額 ③	
		診療点数	本人負担額 ①				
	年 4月分	点	円	円	円	円	
	年 5月分	点	円	円	円	円	
	年 6月分	点	円	円	円	円	
	年 7月分	点	円	円	円	円	
	年 8月分	点	円	円	円	円	
	年 9月分	点	円	円	円	円	
	年 10月分	点	円	円	円	円	
	年 11月分	点	円	円	円	円	
	年 12月分	点	円	円	円	円	
	年 1月分	点	円	円	円	円	
	年 2月分	点	円	円	円	円	
年 3月分	点	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 当該患者に関して行った不妊治療(体外受精及び顕微授精を除く。)に係る費用のみご記入ください。

2 は該当項目をチェックしてください。

3 院外処方の有無が「有り」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局分」も記入してください。

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。