

様式第2号(第6条関係)

諸塚村不妊治療費等助成事業受診証明書

下記の者は不妊治療等(検査・調剤を含む)を受療し、これにかかる治療費を次のとおり領収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名称

医療機関所在地

主治医氏名

電話番号

フリガナ	夫		妻	
受診者氏名	夫		妻	
生年月日	夫	S H 年 月 日 (歳)	妻	S H 年 月 日 (歳)
今回の治療内容	不妊検査 一般不妊治療(人工授精除く) 人工授精 体外受精 顕微授精 余剰胚凍結保存 男性不妊治療 不育症			
今回の治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
不妊検査にかかる本人負担額の内訳	診療月	保険診療分本人負担額		保険診療以外の本人負担額
	年 月	円		円
	年 月	円		円
	年 月	円		円
	年 月	円		円
	年 月	円		円
	年 月	円		円
	年 月	円		円
	年 月	円		円
	年 月	円		円
	年 月	円		円
	年 月	円		円
	合計	円		円

* 当該患者に関して行った、不妊の原因を調べるための検査にかかる費用のみご記入ください。

一般不妊治療、特定不妊治療、不育症治療の内訳は裏面に記載をお願いします。

一般不妊治療の 本人負担額の内訳	診療月	保険診療分本人負担額	保険診療以外の本人負担額
	年 月	円	円
	年 月	円	円
	年 月	円	円
	年 月	円	円
	年 月	円	円
	年 月	円	円
	年 月	円	円
	年 月	円	円
	年 月	円	円
	年 月	円	円
	年 月	円	円
	合計	円	円

* 文書料、食費、個室料等の治療に直接的に関係のない費用は対象外となります。

* 保険診療による不妊治療費及び、保険診療の不妊治療に合わせて行った先進医療による不妊治療費を助成の対象とします。

特定不妊治療の 本人負担額の内訳	診療月	保険診療分本人負担額	保険診療以外の本人負担額
	年 月	円	円
	年 月	円	円
	年 月	円	円
	年 月	円	円
	年 月	円	円
	年 月	円	円
	年 月	円	円
	年 月	円	円
	年 月	円	円
	年 月	円	円
	年 月	円	円
	合計	円	円

* 文書料、食費、個室料等の治療に直接的に関係のない費用は対象外となります。

* 保険診療による不妊治療費及び、保険診療の不妊治療に合わせて行った先進医療による不妊治療費を助成の対象とします。

不育症治療の 本人負担額の内訳	診療月	保険診療分本人負担額	保険診療以外の本人負担額
	年 月	円	円
	年 月	円	円
	年 月	円	円
	年 月	円	円
	年 月	円	円
	年 月	円	円
	年 月	円	円
	年 月	円	円
	年 月	円	円
	年 月	円	円
	年 月	円	円
	合計	円	円

* 文書料、食費、個室料等の治療に直接的に関係のない費用は対象外となります。

* 保険診療による不妊治療費及び、保険診療の不妊治療に合わせて行った先進医療による不妊治療費を助成の対象とします。