

諸塚村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、これにかかる医療(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

医療機関名

住 所 地

主治医氏名

印

医療機関記入欄(主治医殿がご記入下さい)

ふりがな 受診者氏名	夫		妻		
生年月日	S・H 年 月 日(歳)		S・H 年 月 日(歳)		
貴医療機関における治療開始年月日	令和 年 月 日				
今回の治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
○当該患者が今回行った不妊治療について、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(有り 無し)					
本人負担額の内訳	区 分	医療保険徴収分			薬局徴収分
		保険診療		保険診療以外 本人負担額②	本人負担額 ③
		医療費総額	本人負担額①		
	令和 年 4 月	円	円	円	円
	5 月	円	円	円	円
	6 月	円	円	円	円
	7 月	円	円	円	円
	8 月	円	円	円	円
	9 月	円	円	円	円
	10 月	円	円	円	円
	11 月	円	円	円	円
	12 月	円	円	円	円
	令和 年 1 月	円	円	円	円
	2 月	円	円	円	円
3 月	円	円	円	円	
【今回の治療にかかった合計金額】					
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)にかかるもののみご記入下さい。

注2 は該当項目をチェックして下さい。

注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。

注4 文書料、食事療養費負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないで下さい。