

南知多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

医療機関記入欄 (主治医がご記入ください。)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()			
受診者生年月日		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						
<p>○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。</p> <p> <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(実施回数 回) <input type="checkbox"/> 人工授精(実施回数 回、開始年月日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 手術療法(手術方法) <input type="checkbox"/> その他 () </p>							
・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	人工授精以外の本人負担額			人工授精の本人負担額		
		医療機関徴収分		薬局徴収分	医療機関徴収分	薬局徴収分	
		保険診療分		本人負担額 ③	本人負担額 ④	本人負担額 ⑤	
	医療費総額	本人負担額①	保険診療 以外の本人 負担額②				
	年3月分	円	円	円	円	円	円
	年4月分	円	円	円	円	円	円
	年5月分	円	円	円	円	円	円
	年6月分	円	円	円	円	円	円
	年7月分	円	円	円	円	円	円
	年8月分	円	円	円	円	円	円
	年9月分	円	円	円	円	円	円
	年10月分	円	円	円	円	円	円
	年11月分	円	円	円	円	円	円
年12月分	円	円	円	円	円	円	
年1月分	円	円	円	円	円	円	
年2月分	円	円	円	円	円	円	
<p>〔今回の治療にかかった金額合計〕</p> <p style="text-align: right;">領収金額 円 (上記本人負担額①~⑤の合計額となります。)</p>							

- 注1 当該患者に関して行った一般不妊治療(体外受精及び顕微授精を除く。)に係るもの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「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
- 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。