

中川町一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療(またはその調剤)を実施し、これに関わる医療(調剤)費〔本人負担額〕を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

㊞

医療機関記入欄

(フリガナ) 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		
◎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ください。				
<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"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし)				
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		本人負担額 ③
		医療費総額	本人負担額 ①	
	年 4月分	円	円	円
	年 5月分	円	円	円
	年 6月分	円	円	円
	年 7月分	円	円	円
	年 8月分	円	円	円
	年 9月分	円	円	円
	年 10月分	円	円	円
	年 11月分	円	円	円
	年 12月分	円	円	円
	年 1月分	円	円	円
	年 2月分	円	円	円
年 3月分	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「あり」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」への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。