

苓北町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。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

連絡先

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"/> タイミング療法	<input type="checkbox"/> ホルモン検査	<input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査		
	<input type="checkbox"/> 薬物療法	<input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査	<input type="checkbox"/> 排卵誘発法		
	<input type="checkbox"/> 精液検査	<input type="checkbox"/> 手術療法	<input type="checkbox"/> 人工授精		
	<input type="checkbox"/> 生殖補助医療（体外授精）	<input type="checkbox"/> 生殖補助医療（顕微授精）			
	<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		人工授精 本人負担額② (再掲)	本人負担額 ③
	診療点数	本人負担額 ①			
	年 月分	点	円	円	円
	年 月分	点	円	円	円
	年 月分	点	円	円	円
	年 月分	点	円	円	円
	年 月分	点	円	円	円
	年 月分	点	円	円	円
	年 月分	点	円	円	円
	年 月分	点	円	円	円
	年 月分	点	円	円	円
	[今回の治療にかかった金額合計]				
徴収金額 _____ 円(上記本人負担額①と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(一般不妊治療、生殖補助医療)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。