

様式第2(第6条関係)

一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記のものについては、次のとおり一般不妊治療を実施し、これに係る医療費(実施負担分)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(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	
一般不妊治療開始年月日		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(<input type="checkbox"/> 有り・ <input type="checkbox"/> 無し)					
本人の負担額の内訳	区分	人工授精自己負担額 ㉑		人工授精以外(㉑以外)の一般不妊治療にかかる自己負担額	
		医療費徴収分 ①	薬局徴収分 ②	医療費徴収分 ③	薬局徴収分 ④
	年 3 月分	円	円	円	円
	年 4 月分	円	円	円	円
	年 5 月分	円	円	円	円
	年 6 月分	円	円	円	円
	年 7 月分	円	円	円	円
	年 8 月分	円	円	円	円
	年 9 月分	円	円	円	円
	年 10 月分	円	円	円	円
	年 11 月分	円	円	円	円
	年 12 月分	円	円	円	円
	年 1 月分	円	円	円	円
	年 2 月分	円	円	円	円
金額合計		円	円	円	円
実質負担額の金額合計(①～④の計)			円		
今回の一般不妊治療の治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日			

注1 当該患者に対して行った人工授精に係るものとそれ以外の一般不妊治療に係るものとを分けてご記入ください。
 注2 院外処方がある場合、「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。
 注3 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ない費用は含まないでください。
 注4 「今回の一般不妊治療の治療期間」の欄には、人工授精以外の一般不妊治療を実施した期間も含めてください。