

生殖補助医療受診等証明書

年 月 日

かほく市長 様

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

電話番号



次のとおり、不妊治療を実施し本人負担額を領収したことを証明します。

(フリガナ) 受診者氏名		男・女	生年月日	年 月 日
貴医療機関における不妊治療開始年月日		年 月 日 から		治療回数 回目
今回の診療に係る診療期間		年 月 日から 年 月 日まで		
保険診療に要した総点数	点	保険診療分の本人負担(領収)金額		円
本人負担額の 内訳	区 分	保 険 診 療 分		保 険 診 療 以 外 の 本 人 負 担 金 額
		診 療 点 数	本 人 負 担 金 額	
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
不妊治療の内容	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊 <input type="checkbox"/> 検査 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し			

- 1 不妊治療に関する費用についてのみご記入ください。
- 2 文書料、個室料等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。
- 3 男性不妊治療を単独で実施した場合は治療回数を1回として数えてください。
- 4 治療期間につきましては、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日(結果の確認を含む)までを記載してください。また、医師の判断に基づき治療を中止した場合でも、生殖補助医療を行っている場合は助成対象とします。
- 5 医療機関が発行した受診等証明書の「院外処方の有無」が「有り」の場合は、院外処方に要した費用も対象となります。(薬局が発行する同証明書の添付が必要です)