

一般不妊治療受診等証明書

年 月 日

かほく市長 様

医療機関等

住所

名称

代表者

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。

(ふりがな) 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				
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
		診 療 点 数	本 人 負 担 金 額	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
	年 月分	点	円	円
不妊治療の内容	<input type="checkbox"/> タイミング療法(不妊相談) <input type="checkbox"/> 薬物療法(内服・注射) <input type="checkbox"/> 腹腔(子宮)鏡手術 <input type="checkbox"/> その他の手術( ) <input type="checkbox"/> 人工授精 <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御記入ください。
- 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 治療を受けた月の翌月から2年間助成を受けることができます。
- 4 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。)