

一般不妊治療医療機関受診等証明書

年月日

かつらぎ町長様

医療機関等

所在地

名称

代表者氏名

印

電話番号

下記のとおり、一般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一般不妊治療開始年月日 年月日～					
()年度における診療期間		年月日～年月日			
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	
保険診療以外の治療に係る本人負担(領収)金額 (ただし、体外受精及び顕微授精を除く。)				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4月分	点	円		
	年5月分	点	円		
	年6月分	点	円		
	年7月分	点	円		
	年8月分	点	円		
	年9月分	点	円		
	年10月分	点	円		
	年11月分	点	円		
	年12月分	点	円		
	年1月分	点	円		
年2月分	点	円			
年3月分	点	円			
治療の内容	□不妊症	□検査(検査名:) □タイミング療法(不妊相談) □手術() □その他()			
	□不育症	□薬物療法(内服・注射) □人工授精 □検査(検査名:) □手術() □その他()			
	院外処方の有無		□有り	□無し	
	妊娠成立の有無		□有り	□無し	□未確認
出産の有無		□有り	□無し	□未確認	

- 一般不妊治療(不育治療含む)に関する費用についてのみご記入ください。
- 入院費、食事代等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。
- 治療開始以後、助成を開始した月から2年間助成を受けることができます。
- 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。)