

様式第 2 (第 6 条関係)

設楽町一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療(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

印

医療機関記入欄(主治医をご記入ください。)

(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)	
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日			
人工授精開始年月日		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"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法(回) <input type="checkbox"/> 手術療法(手術方法) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> 人工授精(回)					
・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	医療機関徴収分		薬局徴収分	
		保険診療の本人負担額及び保健診療外の実費負担額①	左のうち、人工授精に係る金額	保険診療の本人負担額及び保健診療外の実費負担額②	左のうち、人工授精に係る金額
	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	
[今回の治療にかかった金額合計] 領収金額 円(上記本人負担額①と②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(体外受精及び顕微授精を除く。)に係るもの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。
 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。

