

妹背牛町不妊治療費（保険適用）助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり、保険適用となる不妊治療を実施し、これに係る医療費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）。

(フリガナ) 受診者氏名		夫	( )	妻	( )
生年月日			年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)
今回の治療機関			年 月 日～ 年 月 日		
治療内容	保険適用の 治療	一般不妊治療	<input type="checkbox"/> 検査： <input type="checkbox"/> 薬物療法（内服・注射） <input type="checkbox"/> タイミング法（不妊相談） <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
		生殖補助医療	<input type="checkbox"/> 男性不妊治療（内科・外科治療） <input type="checkbox"/> 採卵に係る治療・処置 <input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精 <input type="checkbox"/> 受精卵・胚の培養 <input type="checkbox"/> 胚凍結保存 <input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※各治療段階で中止したのものも含む		
自己負担額の 内訳	区分	医療機関徴収分		薬局徴収分	
		医療費総額	自己負担額①	自己負担額②	
	年 1 月分	円	円	円	
	年 2 月分	円	円	円	
	年 3 月分	円	円	円	
	年 4 月分	円	円	円	
	年 5 月分	円	円	円	
	年 6 月分	円	円	円	
	年 7 月分	円	円	円	
	年 8 月分	円	円	円	
	年 9 月分	円	円	円	
	年 10 月分	円	円	円	
	年 11 月分	円	円	円	
	年 12 月分	円	円	円	
小計	円	円	円		
〔不妊治療費（保険適用）の自己負担金額の合計〕			領収金額	円	
(上記本人負担額①②の合計額となります。)					
院外処方の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	文書料	円	

注1 当該患者に関して行った保険適用の不妊治療に係るものをご記入ください。  
 2 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、除いてください。