

## 美瑛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。

平成 年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

⑤

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)
貴医療機関における治療開始年月日			年	月	日
今回の治療期間		年	月	日	年 月 日
検査・不妊治療の内容	<input type="checkbox"/>	超音波検査	<input type="checkbox"/>	ホルモン検査	
	<input type="checkbox"/>	タイミング療法	<input type="checkbox"/>	薬物治療	
	<input type="checkbox"/>	子宮卵管造影検査	<input type="checkbox"/>	排卵誘発法	
	<input type="checkbox"/>	クラミジア抗体検査	<input type="checkbox"/>	手術療法	
	<input type="checkbox"/>	精液検査	<input type="checkbox"/>	人工受精	
	<input type="checkbox"/>	その他 ( )			
院外処方の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
本人負担額の 内訳	区分	医療機関分			薬局分
		保健診療分		保険診療以外の	本人負担額 ③
	診療点数	本人負担額 ①	本人負担額 ②		
	年4月分	点	円	円	円
	年5月分	点	円	円	円
	年6月分	点	円	円	円
	年7月分	点	円	円	円
	年8月分	点	円	円	円
	年9月分	点	円	円	円
	年10月分	点	円	円	円
	年11月分	点	円	円	円
	年12月分	点	円	円	円
	年1月分	点	円	円	円
	年2月分	点	円	円	円
年3月分	点	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①～③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。）に係る費用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「薬局分」も記入してください。

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。