

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。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

⑩

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"/>	人工授精	
	<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	
		保険診療分		保険診療以外の	
		診療点数	本人負担額 ①	本人負担額 ②	本人負担額 ③
	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。