

一般不妊治療医療機関受診等証明書

年 月 日

紀美野町長 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
保険診療以外の不妊治療に係る本人負担(領収)金額 (ただし、体外受精及び顕微受精を除く。)				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	円
	年 5月分	点	円	円
	年 6月分	点	円	円
	年 7月分	点	円	円
	年 8月分	点	円	円
	年 9月分	点	円	円
	年10月分	点	円	円
	年11月分	点	円	円
	年12月分	点	円	円
	年 1月分	点	円	円
	年 2月分	点	円	円
年 3月分	点	円	円	
治療の内容	<input type="checkbox"/> 不妊症	<input type="checkbox"/> 検査(検査名) <input type="checkbox"/> タイミング療法(不妊相談) <input type="checkbox"/> 薬物療法(内服・注射) <input type="checkbox"/> 手術() <input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> 不育症	<input type="checkbox"/> 検査(検査名) <input type="checkbox"/> 薬物療法(内服・注射) <input type="checkbox"/> 手術() <input type="checkbox"/> その他()		
院外処方の有無		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		

- 1 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。
- 2 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。
- 3 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。
- 4 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。)