

一般不妊治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

恩納村長 殿

医療機関 所在地  
 名称  
 代表者  
 電話番号

印

下記のとおり、一般不妊治療を実施し、これに係る本人負担額を領収したことを証明します。

記

医療機関記入欄

|  |   |  |        |                |         |
|--|---|--|--------|----------------|---------|
| 受診者名氏  | 夫   | (ふりがな)   | 生年月日   | 年 月 日生 ( 歳)    |         |
|  | 妻   | (ふりがな)   | 生年月日   | 年 月 日生 ( 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  |        |                |         |
| 治療の内容  | ○当該患者が、今回行った一般不妊治療について該当箇所に記入してください。  |  |        |                |         |
|  | <input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 ( 回)<br><input type="checkbox"/> タイミング療法 ( 回)<br><input type="checkbox"/> 排卵誘発法 ( 回)<br><input type="checkbox"/> 手術療法 (手術手法 )<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) | <input type="checkbox"/> 精液検査 ( 回)<br><input type="checkbox"/> 精巣検査 ( 回)<br><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  | 医療機関領収分  |        |                | 院外薬局領収分 |
|  |   | 保険診療分  |        | 保険診療以外の本人負担額 ② | 本人負担額③  |
|  | 医療費総額   |  | 本人負担額① |                |         |
|  | 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              |         |
| 【今回に治療にかかった自己負担金額合計】 (本人負担額①~③の合計額)                                  |   |  |        |                |         |
| 領収金額 _____ 円   |   |  |        |                |         |

主治医氏名

印

注1 当該患者に行った一般不妊治療 (体外受精及び顕微授精を除く。)に係るもののみご記入下さい。

2 □は該当項目をチェックして下さい。

3 院外処方の有無が「有り」の場合、「院外薬局領収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記して下さい。

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下さい。