

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 印  
 電話番号

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、生殖補助医療(先進医療を除く)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) <input type="checkbox"/> タイミング療法 ( 回) <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 ( 回) <input type="checkbox"/> 手術療法(手術手法 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 精液検査 ( 回) <input type="checkbox"/> 精巣検査 ( 回) <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、生殖補助医療(先進医療は除く)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で下さい。