

### 増毛町不妊治療医療機関等証明書

下記の者については、次のとおり不妊治療（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

所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄

(フリガナ) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )	
受診者生年月日		年 月 日生 ( 歳)		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	
検査・不妊治療の内容		<input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 ( 回) <input type="checkbox"/> 体外受精 ( 回) <input type="checkbox"/> 手術療法 (手術方法 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> 人工授精 ( 回) <input type="checkbox"/> 顕微授精 ( 回)	
院外処方の有無		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
本人負担額の内訳	区分	医療機関徴収分			薬局徴収分
		保険診療分		保険診療以外の	本人負担額③
		医療費総額	本人負担額①	本人負担額②	
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	合計	円	円	円	円
	[今回の治療にかかった本人負担金額の合計]				
領収金額 円 (上記本人負担額①から③の合計額となります。)					

注1 当該患者に関して行った医療保険適応となる不妊治療に係るもののみご記入下さい。  
 注2 院外処方「あり」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」に薬局の領収書から本人負担額を転記、又は薬局が発行する同証明書の添付が必要です。  
 注3 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。