

増毛町一般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。

令和 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	令和 年 月 日 ~ 令和 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"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 (回) <input type="checkbox"/> 人工授精 (回) <input type="checkbox"/> 手術療法 (手術方法) <input type="checkbox"/> その他 ()				
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。
 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。