

一般不妊治療・検査受診等証明書

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

代表者

主治医氏名

印

下記の者については、一般不妊治療・検査を実施し、これに係る医療費の本人負担額を受領したことを証明します。

受診者	氏 名		生年月日				
	夫		年 月 日				
	妻		年 月 日				
診療開始日		年 月 日					
本年度治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日					
○当該患者が、今回行った不妊治療について該当箇所に記入してください。							
<div><div><input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査</div><div><input type="checkbox"/> タイミング療法</div><div><input type="checkbox"/> 排卵誘発法（ 回）</div><div><input type="checkbox"/> 手術療法（手術方法</div><div><input type="checkbox"/> その他（</div><div><input type="checkbox"/> 精液検査</div><div><input type="checkbox"/> 精巣生検</div><div><input type="checkbox"/> 人工授精（ 回）</div><div></div><div></div></div>							
・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	医療機関徴収分				薬局徴収分	
		保険診療		保険診療以外の本人負担額 ②	院内処方本人負担額 ③	本人負担額 ※藤里町記載欄 ④	
	医療費総額	本人負担額 ①					
	年 4 月	円	円	円	円	円	
	年 5 月	円	円	円	円	円	
	年 6 月	円	円	円	円	円	
	年 7 月	円	円	円	円	円	
	年 8 月	円	円	円	円	円	
	年 9 月	円	円	円	円	円	
	年 10 月	円	円	円	円	円	
	年 11 月	円	円	円	円	円	
	年 12 月	円	円	円	円	円	
	年 1 月	円	円	円	円	円	
	年 2 月	円	円	円	円	円	
	年 3 月	円	円	円	円	円	
小計		円	円	円	円		
今年度の不妊治療にかかった金額 （医療機関自己負担額）		⑤（①+②+③） 円					

※藤里町記載欄	不妊治療自己負担額合計（④+⑤） 円
---------	--------------------

1 一般不妊治療・検査に関する費用についてのみご記入ください。（体外受精、顕微授精は除く）
2 院外処方の有無が「有り」の場合、本人から薬局の領収書を添付してまいりますので、薬局徴収分への記入は必要ありません。
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ない費用は含まないでください。