

## 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
	妻		年	月
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。

- 不妊症スクリーニング検査  精液検査  
 タイミング療法  精巣生検  
 排卵誘発法 (回)  人工授精 (回)  
 手術療法 (手術方法)  
 その他 ( )

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	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
---------	-------------------	---

- 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)
- 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もらいますので、薬局徴収分への記入は必要ありません。
- 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。