

様式第2 (第6条関係)

東浦町不妊治療費に係る受診等証明書

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。

平成 年 月 日

医療機関の名称及び所在地

(又は薬局) 主治医氏名

(又は薬剤師)

㊟

医療機関記入欄 (主治医がご記入ください。薬局の場合は**太枠**のみご記入ください。)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		S・H 年 月 日 (歳)		S・H 年 月 日 (歳)
治療開始年月日	平成 年 月 日			

今回の治療期間	平成 年 月 日 ~ 平成 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下さい。

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <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"/> 手術療法 (手術方法) |
| <input type="checkbox"/> 人工授精 (回) | 人工授精開始年月日 (年 月 日) |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

・院外処方の有無 (有 ・ 無)

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	保険診療外の本人負担額	保険診療分	保険診療外の本人負担額
		本人負担額①	人工授精に係る金額②	本人負担額③	人工授精に係る金額④
	H 年3月分	円	円	円	円
	H 年4月分	円	円	円	円
	H 年5月分	円	円	円	円
	H 年6月分	円	円	円	円
	H 年7月分	円	円	円	円
	H 年8月分	円	円	円	円
	H 年9月分	円	円	円	円
	H 年10月分	円	円	円	円
	H 年11月分	円	円	円	円
	H 年12月分	円	円	円	円
	H 年1月分	円	円	円	円
	H 年2月分	円	円	円	円
	合計	円	円	円	円

[今回の治療にかかった金額合計①~④]

領収金額 円

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ください。

2 は該当項目をチェックしてください。

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。

4 3月診療分から翌年2月診療分までを記入してください。