

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、不妊症と診断し、次のとおり不妊治療等を実施し、これに係る医療費〔本人負担額(保険適用分)〕を徴収したことを証明します。

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		年 月 日 ( 歳 )		年 月 日 ( 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	(一般不妊)	年 月 日 ~	年 月 日		
	(生殖補助)	年 月 日 ~	年 月 日		
	(男性不妊)	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"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 手術療法 (手術方法: ) <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 採卵 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 胚凍結 <input type="checkbox"/> 胚移植 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )					
・院外処方の有無 ( <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 )					
本人負担額 (保険診療分) の内訳	区 分	一般不妊治療 (不妊検査・ タイミング法・人工授精)		生殖補助医療 (不妊検査・ 体外受精・顕微授精・男性不妊)	
		医療機関徴収分 本人負担額①	薬局徴収分 本人負担額②	医療機関徴収分 本人負担額③	薬局徴収分 本人負担額④
	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
	年 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①~②] 領収金額 円			[今回の治療にかかった金額合計③~④] 領収金額 円	

※注意事項は裏面に記載しています。裏面をご確認のうえ、記載をお願いします。

- 注1 当該患者に関して行った保険診療の不妊治療（不妊検査・一般不妊治療・体外受精・顕微授精・男性不妊）に係るもののみご記載ください。
- 2  は該当項目をチェックしてください。
  - 3 院外処方が「有」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
  - 4 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めないでください。