

一般不妊治療医療機関受診等証明書

年 月 日

(あて先) 川北町長

医療機関等

住 所
名 称
代 表 者
電 話 番 号

印

下記のとおり、不妊治療を実施し本人負担額を領収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名		男・女	生年月日	年 月 日					
貴医療機関における不妊治療開始年月日	年 月 日～								
今回の証明に係る診療期間	年 月 日～ 年 月 日								
保険診療に要した総点数		保険診療分本人負担(領収)金額	円						
保険診療以外の不妊治療に係る本人負担(領収)金額 (ただし、体外受精・顕微授精を除く)			円						
本人負担額の 内訳	区 分	保険診療分		保険診療以外の 本人負担金額	区 分	保険診療分		保険診療以外の 本人負担金額	
		診療点数	本人負担金額			診療点数	本人負担金額		
		年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
		年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
		年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
		年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
		年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
		年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
		年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
		年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
		年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
		年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
不妊治療の内訳	<input type="checkbox"/> タイミング療法(不妊相談) <input type="checkbox"/> 薬物療法(内服・注射) <input type="checkbox"/> 腹腔(子宮)鏡手術 <input type="checkbox"/> その他の手術() <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 検査() <input type="checkbox"/> その他()								
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し								

- 1 不妊治療に関する費用についてのみご記入ください。
- 2 食事療養費標準負担額、個室料等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。
- 3 治療開始後、助成を開始した月から2年間助成を受けることができます。
- 4 医療機関が発行した受診等証明書の「院外処方の有無」が「有り」の場合は、院外処方に要した費用も対象となります。(薬局が発行する同証明書の添付が必要です。)