

蒲郡市不妊治療費助成事業受診等証明書

次のとおり一般不妊治療を実施し、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。

年 月 日

医療機関名及び所在地
主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医がご記入下さい）

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	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。									
<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"/> 人工授精（回）							
<input type="checkbox"/> 手術療法（手術方法）									
<input type="checkbox"/> その他（）									
・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			
	保険診療分		保険診療以外の本人負担額			本人負担額			
	医療費総額	本人負担額①	総額②	（再掲）人工授精④		③			
年 月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
〔今回の治療にかかった本人負担額合計〕									
領収金額 円（①～③の合計額）（うち人工授精分 円 ④の合計額）									

注1 不妊治療に係るもののみご記入下さい。

2 院外処方有りの場合、薬局徴収分は薬局の領収書から本人負担額を転記して下さい。

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下さい。