

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	
年 月分	円	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	円	
年 月分	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)			円 (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。

注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。

注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。