

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				
人工授精の実施状況	人工授精開始年月日	年 月 日			
	人工授精実施回数	回			
○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"/> 手術療法（手術方法 ）			
<input type="checkbox"/> 人工授精（ 回）		<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
年 月分	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円
年 月分	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。