

三種町一般不妊治療費助成事業医療機関受診証明書

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

代表者

主治医氏名

㊞

下記の者について、一般不妊治療（検査を含む。）を実施し、これに係る医療費の本人負担額を徴収したことを証明します。

受診者	氏 名		生 年 月 日
	夫		年 月 日
	妻		年 月 日
診療開始日	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。

- 不妊症スクリーニング検査 精液検査
- タイミング療法 精巣生検
- 排卵誘発法（ 回） 人工授精（ 回）
- 手術療法（手術方法 ）
- その他（ ）

・院外処方の有無（ 有り ・ 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		保険診療以外の 本人負担額 ②	本人負担額③
		医療費総額	本人負担額 ①		
年4月	円	円	円	円	
年5月	円	円	円	円	
年6月	円	円	円	円	
年7月	円	円	円	円	
年8月	円	円	円	円	
年9月	円	円	円	円	
年10月	円	円	円	円	
年11月	円	円	円	円	
年12月	円	円	円	円	
年1月	円	円	円	円	
年2月	円	円	円	円	
年3月	円	円	円	円	
本人負担総額（①+②+③）		円			

- 1 一般不妊治療（検査を含む。）に関する費用についてのみご記入ください。（体外受精、顕微授精は除く）
- 2 院外処方の有無が「有り」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。
- 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ない費用は含まないでください。