

一般不妊治療医療機関証明書

下記のものについて、次のとおり一般不妊治療（又はその調剤）を実施し、これに係る治療（調剤）費の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)

所在地 _____

名称 _____

主治医氏名 _____

受診者	夫	(ふりがな)	()	妻	(ふりがな)	()
		氏名			氏名	
		生年月日	年 月 日		生年月日	年 月 日
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日		年 月 日		
今診療の治療期間		年 月 日 ~		年 月 日		
院外処方の有無		□有 ・ □無				
検査・治療内容		<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 人工授精【 回】 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> その他【 】				
区分	診療年月	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	院内処方本人負担額	院外処方本人負担額 (※潟上市記載欄)
		医療費総額	本人負担額			
本人負担額の内訳	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	小計		①	②	③	④
今診療年度の不妊治療にかかった金額 (医療機関自己負担分)		⑤ (①+②+③)			円	
※潟上市記載欄				不妊治療自己負担額合計 (④+⑤)		
				円		

備考

1. 当該患者に関して行った、一般不妊検査や治療等に係るもののみ御記入ください。なお体外受精や顕微授精等の特定不妊治療は除いてください。
2. 院外処方の有無が「有」の場合、本人から院外処方薬に係る薬局の領収書を添付してもらいますので、本人負担額の内訳欄の薬局徴収分への記入は必要ありません。
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ください。
4. 「※潟上市記載欄」は、市で記載します。
5. 申請期限は治療を受けた月の翌月から起算して2年以内です。