

一般不妊治療医療機関受診等証明書

年 月 日

御坊市長 様

医療機関等

所在地

名称

代表者氏名

電話番号

下記のとおり、一般不妊治療を実施し本人負担額を領収したことを証明します。

記

(ふりがな) 受診者氏名	()	男・女	生年月日	年 月 日
貴医療機関における一般不妊治療開始年月日				
年 月 日 ~				
() 年度における診療期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
保険診療に要した総点数		点	保険診療分の本人負担（領収）金額	円
保険診療以外の治療に係る本人負担（領収）金額 (ただし、体外受精及び顕微授精を除く。)				円
本人負担額の内訳	区 分	保険診療分		保険診療以外の 本人負担金額
		診療点数	本人負担金額	
	年 4月分	点	円	円
	年 5月分	点	円	円
	年 6月分	点	円	円
	年 7月分	点	円	円
	年 8月分	点	円	円
	年 9月分	点	円	円
	年 10月分	点	円	円
	年 11月分	点	円	円
	年 12月分	点	円	円
	年 1月分	点	円	円
	年 2月分	点	円	円
	年 3月分	点	円	円
治療の内容	☐ 不妊症	☐ 検査（検査名： ） ☐ タイミング療法（不妊相談） ☐ 薬物療法（内服・注射） ☐ 手術（ ） ☐ 人工授精 ☐ その他（ ）		
	☐ 不育症	☐ 検査（検査名： ） ☐ 薬物療法（内服・注射） ☐ 手術（ ） ☐ その他（ ）		
院外処方の有無		☐ 有り ☐ 無し		
妊娠成立の有無		☐ 有り ☐ 無し ☐ 未確認		
出産の有無		☐ 有り ☐ 無し ☐ 未確認		

- 1 一般不妊治療（不育治療含む。）に関する費用についてのみご記入ください。
- 2 入院費、食事代等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。
- 3 治療開始以後、助成を開始した月から2年間助成を受けることができます。
- 4 医療機関が発行した受診等証明書の「院外処方の有無」が「有り」の場合は、院外処方に要した費用も対象となります。（薬局が発行する同証明書の添付が必要です。）