

延岡市一般不妊治療受診等証明書

下記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（又は薬局）の名称及び所在地

主治医（又は薬剤師）氏名 印

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。薬局の場合は太枠内のみご記入ください。）

(ふりがな) 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		
○該当患者が、今回行った不妊治療について該当箇所にチェック及び記入をしてください。 □不妊症スクリーニング検査 □精液検査 □排卵誘発法 (回) □タイミング法 □精巣生検 □手術療法 (手術方法) □人工授精 (回) 人工授精開始年月日 (年 月 日) □その他 ()				
・院外処方の有無 (□ 有 ・ □ 無)				
本人負担額の 内訳	区分	保険診療分		保険外診療分本人負担額
		医療（又は調剤）費総額	本人負担額	
	年 3 月分	円	円	円
	年 4 月分	円	円	円
	年 5 月分	円	円	円
	年 6 月分	円	円	円
	年 7 月分	円	円	円
	年 8 月分	円	円	円
	年 9 月分	円	円	円
	年 10 月分	円	円	円
	年 11 月分	円	円	円
	年 12 月分	円	円	円
	年 1 月分	円	円	円
	年 2 月分	円	円	円
合計	円	円	円	
[上記本人負担額の合計額]				
領収金額 円				
※薬局のみご記入ください。 処方依頼のあった医療機関名				

注1 当該患者に関して行った不妊治療（体外受精及び顕微授精を除く。）に係るもののみご記入ください。
2 文書料、食事療養費標準負担額、個室料などの直接的な治療費ではない費用は含まないでください。
3 □は該当項目をチェックしてください。