

一般不妊治療・検査受診等証明書

令和 年 月 日

(医療機関)	住 所
	名 称
	代 表 者
	主 治 医 氏 名
	電 話 番 号

次のとおり一般不妊治療・検査を実施し、これに係る医療費の本人負担額を受領したことを証明します。

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				
本年度治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日				
検査・治療の内容		チェック又は記入をして下さい。				
		検査内容		治療内容		
		☐	超音波検査	☐	タイミング療法	
		☐	ホルモン検査	☐	薬物療法	
		☐	子宮卵管造影検査	☐	人工授精〔 回 〕	
		☐	精液検査	☐	手術療法〔内容 〕	
		☐	その他 〔 〕	☐	その他 〔 〕	
院外処方の有無		有 ・ 無				
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	院外処方 本人負担額 ※由利本荘市記載欄	
		医療費総額	本人負担額			
本人負担額の内訳	年 月分	円	円	円	円	
	年 月分	円	円	円	円	
	年 月分	円	円	円	円	
	年 月分	円	円	円	円	
	年 月分	円	円	円	円	
	年 月分	円	円	円	円	
	年 月分	円	円	円	円	
	年 月分	円	円	円	円	
	年 月分	円	円	円	円	
	年 月分	円	円	円	円	
	年 月分	円	円	円	円	
	年 月分	円	円	円	円	
	小 計		① 円	② 円	③ 円	
今年度の不妊治療にかかった金額 (医療機関自己負担額)		④(①+②) 円				

※由利本荘市記載欄	不妊治療自己負担額合計(③+④) 円
-----------	---------------------------

- 1 不妊治療に関する費用についてのみご記入ください。(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、本人から薬局の領収書を添付してもらいますので、薬局徴収分への記入は必要ありません。
- 3 入院時食事療養費・差額ベット代・文書料等は助成対象となりません。
- 4 「※由利本荘市記載欄」は、市で記載します。