

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                                      |            |   |   |
|                             |         | <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"/>                  | 薬物療法       |   |   |
|                             |         | <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"/>                  | 手術療法 (内容 ) |   |   |
| <input type="checkbox"/>    | その他 ( ) |                          |          | <input type="checkbox"/> | 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<br>本人負担額         | 院内処方<br>本人負担額 | 院外処方<br>本人負担額<br><small>※由利本荘市記載欄</small> |            |   |   |
| 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             | 円   |            |   |   |
|                             | 年 月分    | 円                        | 円        | 円                        | 円             | 円   |            |   |   |
|                             | 年 月分    | 円                        | 円        | 円                        | 円             | 円   |            |   |   |
|                             | 年 月分    | 円                        | 円        | 円                        | 円             | 円   |            |   |   |
|                             | 年 月分    | 円                        | 円        | 円                        | 円             | 円   |            |   |   |
|                             | 年 月分    | 円                        | 円        | 円                        | 円             | 円   |            |   |   |
|                             | 年 月分    | 円                        | 円        | 円                        | 円             | 円   |            |   |   |
|                             | 年 月分    | 円                        | 円        | 円                        | 円             | 円   |            |   |   |
|                             | 年 月分    | 円                        | 円        | 円                        | 円             | 円   |            |   |   |
|                             | 年 月分    | 円                        | 円        | 円                        | 円             | 円   |            |   |   |
|                             | 年 月分    | 円                        | 円        | 円                        | 円             | 円   |            |   |   |
|                             | 小 計     |                          | ① 円      | ② 円                      | ③ 円           | ④ 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) |         | ⑤ (①+②+③) 円              |          |                          |               |   |            |   |   |

|           |                     |
|-----------|---------------------|
| ※由利本荘市記載欄 | 不妊治療自己負担額合計 (④+⑤) 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。