

五條市不妊治療・不育治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

医療機関の名称  
及び所在地  
主治医氏名  
(自署又は記名押印をお願いします)  
電話番号

下記の者については、以下のとおり不妊治療・不育治療を実施したことを証明します。

(ふりがな)	夫		妻		
受診者氏名					
受診者生年月日		年 月 日生		年 月 日生	
当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 日から	年 月 日まで		
◎上記患者が、今回受けた <u>不妊治療</u> について、該当する箇所に記入してください。 <input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> タイミング法( 回) <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 ( 回) <input type="checkbox"/> 人工受精 ( 回) <input type="checkbox"/> 手術療法(手術方法 ) <input type="checkbox"/> その他治療・検査( )					
◎上記患者が、今回受けた <u>不育治療</u> について、該当する箇所に記入してください。 <input type="checkbox"/> 検査名： <input type="checkbox"/> 薬物療法 (内服・注射) <input type="checkbox"/> 手術療法 (方法 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )					
・院外処方の有無( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )					
自己負担額の内訳	利用年月	医療機関徴収分			薬局徴収分
		保険診療分		保険診療外	自己負担額③
		医療費総額	自己負担額①	自己負担額②	
	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
	計	円	円	円	円
今回の治療にかかった金額			本人自己負担額の合計 ①+②+③の合計額		
			円		

注 1 当該患者に関して行った不妊治療・不育治療に係るもののみ記入してください。  
 2 に該当項目をチェックしてください。  
 3 院外処方の有無が「有」の場合、「自己負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」欄へは、薬局の領収書から自己負担額を転記してください。  
 4 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等、直接治療費に関係のない費用は、含まないでください。