

五條市一般不妊治療等受診証明書

年 月 日

医療機関の名称
及び所在地
主治医氏名
（自署もしく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。 ☐ 不妊症スクリーニング検査 ☐ 精液検査 ☐ 精巣生検 ☐ タイミング法(回) ☐ 排卵誘発法 (回) ☐ 人工受精 (回) ☐ 手術療法(手術方法) ☐ 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。 ☐ 検査名： ☐ 薬物療法（内服・注射） ☐ 手術療法（方法 ） ☐ その他（ ）					
・院外処方の有無(☐ 有 ・ ☐ 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
	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 円 ①+②+③の合計額					

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。