

小平町一般不妊治療医療機関等証明書

下記の者については、次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。

令和 年 月 日

医療機関の名称

所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄

(フリガナ) 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	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
検査・不妊治療の内容	<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"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法(回) <input type="checkbox"/> 人工授精(回) <input type="checkbox"/> 手術療法(手術方法) <input type="checkbox"/> その他()				
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し				
本人負担額の内訳	区 分	医療機関徴収分		薬局徴収分	
		保険診療分		保険診療以外の 本人負担額 ②	本人負担額 ③
		医療費総額	本人負担額 ①		
	年 4月分	円	円	円	円
	年 5月分	円	円	円	円
	年 6月分	円	円	円	円
	年 7月分	円	円	円	円
	年 8月分	円	円	円	円
	年 9月分	円	円	円	円
	年 10月分	円	円	円	円
	年 11月分	円	円	円	円
	年 12月分	円	円	円	円
	年 1月分	円	円	円	円
	年 2月分	円	円	円	円
年 3月分	円	円	円	円	
合 計	円	円	円	円	
〔今回の治療にかかった本人負担金額の合計〕					
領収金額 円 (上記本人負担額①~③の合計額となります。)					

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 □は該当項目をチェックしてください。
 3 院外処方の有無が「有り」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」に薬局の領収書から 本人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、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。
 5 証明書は4月から翌年3月までの診療分についてご記入ください。