

一般不妊・不育治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療・不育治療(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

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

※主治医名欄について、自署によらない又は押印がなされていない記名の場合、本人確認書類の提示又は提出等が必要となります。

医療機関記入欄(主治医がご記入ください。)

(ふりがな) 受診者氏名		夫	()		妻	()	
受診者生年月日			昭和 平成	年 月 日(歳)		昭和 平成	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		年 月 日 ~ 年 月 日					
○当該患者が、今回行った不妊治療について該当箇所に記入して下さい。 ☐ 不妊症スクリーニング検査 ☐ タイミング療法 ☐ 排卵誘発法(回) ☐ 手術療法(手術方法 ☐ その他(☐ 精液検査 ☐ 精巣生検 ☐ 人工授精(回)))							
・院外処方の有無(☐ 有り・ ☐ 無し)							
本人負担額の内訳	区 分	医 療 機 関 徴 収 分			薬 局 徴 収 分		本 人 負 担 額 ④
		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				
	令和 年 4月分	円	円	円	円	円	
	令和 年 5月分	円	円	円	円	円	
	令和 年 6月分	円	円	円	円	円	
	令和 年 7月分	円	円	円	円	円	
	令和 年 8月分	円	円	円	円	円	
	令和 年 9月分	円	円	円	円	円	
	令和 年 10月分	円	円	円	円	円	
	令和 年 11月分	円	円	円	円	円	
	令和 年 12月分	円	円	円	円	円	
	令和 年 1月分	円	円	円	円	円	
令和 年 2月分	円	円	円	円	円		
令和 年 3月分	円	円	円	円	円		
〔今回の治療にかかった金額合計〕 領収金額 円(④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」へ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。

一般不妊・不育治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療・不育治療(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

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

※主治医名欄について、自署によらない又は押印がなされていない記名のみの場合は、本人確認書類の提示又は提出等が必要となります。

医療機関記入欄(主治医がご記入ください。)

(ふりがな) 受 診 者 氏 名	夫	()		妻	()		
受診者生年月日		昭和 平成 年 月 日(歳)	昭和 平成 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		年 月 日 ~ 年 月 日					
○当該患者が、今回行った不育治療について該当箇所に記入して下さい。 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ その他() ☐ ☐ ☐							
・院外処方の有無(☐ 有り・ ☐ 無し)							
本人負担額の内訳	区 分	医 療 機 関 徴 収 分			薬 局 徴 収 分		本 人 負 担 合 計 額 ④
		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				
	令和 年 4月分	円	円	円	円	円	
	令和 年 5月分	円	円	円	円	円	
	令和 年 6月分	円	円	円	円	円	
	令和 年 7月分	円	円	円	円	円	
	令和 年 8月分	円	円	円	円	円	
	令和 年 9月分	円	円	円	円	円	
	令和 年10月分	円	円	円	円	円	
	令和 年11月分	円	円	円	円	円	
	令和 年12月分	円	円	円	円	円	
	令和 年 1月分	円	円	円	円	円	
	令和 年 2月分	円	円	円	円	円	
令和 年 3月分	円	円	円	円	円		
〔今回の治療にかかった金額合計〕 領収金額 円(④の合計額となります。)							

注1 当該患者に関して行った不育治療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」へ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。