

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。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

印

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記入して下さい。						

・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	本 人 負 担 合 計 額 ④	
		保 険 診 療 分		本 人 負 担 額 ③		
		医療費総額	本人負担額 ①			保 険 診 療 以 外 の 本 人 負 担 額 ②
	年 4月分	円	円	円	円	円
	年 5月分	円	円	円	円	円
	年 6月分	円	円	円	円	円
	年 7月分	円	円	円	円	円
	年 8月分	円	円	円	円	円
	年 9月分	円	円	円	円	円
	年10月分	円	円	円	円	円
	年11月分	円	円	円	円	円
	年12月分	円	円	円	円	円
	年 1月分	円	円	円	円	円
	年 2月分	円	円	円	円	円
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。