

一般不妊治療医療機関受診等証明書

年 月 日

(あて先)
串本町長 様

医療機関等

住所

名称

代表者

電話番号

印

下記のとおり、不妊治療を実施し本人負担額を領収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名		男・女	生年月日	年 月 日
貴医療機関における不妊治療開始年月日				
年 月 日 ~				
()年度における診療期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
保険診療に要した総点数	点	保険診療分の本人負担(領収)金額		円
保険診療以外の不妊治療に係る本人負担(領収)金額 (ただし、体外受精・顕微授精を除く)				円
本人負担額の内訳	区 分	保険診療分		保険診療以外の本人負担金額
		診療点数	本人負担金額	
	年 4月分	点	円	円
	年 5月分	点	円	円
	年 6月分	点	円	円
	年 7月分	点	円	円
	年 8月分	点	円	円
	年 9月分	点	円	円
	年 10月分	点	円	円
	年 11月分	点	円	円
	年 12月分	点	円	円
	年 1月分	点	円	円
	年 2月分	点	円	円
年 3月分	点	円	円	
不妊治療の内容	タイミング療法(不妊相談) 腹腔(子宮)鏡手術 検査(その他()	人工授精 その他の手術()	薬物療法(内服・注射)	
院外処方の有無	有り	無し		
妊娠成立の有無	有り	無し	未確認	

- 1 一般不妊治療に関する費用についてのみご記入ください。
- 2 入院費、食事代等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。
- 3 治療開始以後、助成を開始した月から2年間助成を受けることができます。(平成19年4月以前に治療を開始した場合は、19年4月以降の診療分で助成を開始した月から2年間助成を受けることができます)
- 4 医療機関が発行した受診等証明書の「院外処方の有無」が「有り」の場合は、院外処方に要した費用も対象となります。(薬局が発行する同証明書の添付が必要です)