

様式第2号(第6関係)

矢巾町一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次の通り一般不妊治療を実施し、これに係る医療保険が適用されない医療(調剤)費(本人負担額)を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関等の名称

所在地

医師等氏名

印

医療機関等記入欄(医師等がご記入ください。)

受診者	区分	夫	妻
	(ふりがな)		
	氏名		
	生年月日	年 月 日(歳)	年 月 日(歳)

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医療保険が適用されない一般不妊治療について、該当箇所を記入してください。

- 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)
 精液検査 精巣生検 人工授精 (回)
 手術療法 ()
 その他 ()
 薬物療法(処方薬の種類) ()

◎院外処方の有無 (有り ・ 無し)

医療費の内訳	区分	医療機関徴収分 (医療保険適用以外の本人負担額)	薬局徴収分 (医療保険適用以外の本人負担額)
		年3月分	円
	年4月分	円	円
	年5月分	円	円
	年6月分	円	円
	年7月分	円	円
	年8月分	円	円
	年9月分	円	円
	年10月分	円	円
	年11月分	円	円
	年12月分	円	円
	年1月分	円	円
	年2月分	円	円
医療保険適用以外の本人負担額の合計金額			円

注1 当該患者に関して行った医療保険が適用されない一般不妊治療(体外受精及び顕微授精を除く)に係るものをご記入ください。

2 □は該当項目にチェックしてください。

3 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な医療費ではない費用は含みません。

4 夫婦の医療費を合算してご記入ください。