

一般不妊治療・検査受診等証明書

年 月 日

(医療機関) 住 所
 名 称
 代 表 者
 主 治 医 氏 名 印
 電 話 番 号

次のとおり一般不妊治療・検査を実施し、これに係る医療費の本人負担額を受領したことを証明します。

受診者	夫	ふりがな			妻	ふりがな			
		氏名				氏名			
		生年月日	年	月		日	生年月日	年	月
貴医療機関における治療開始年月日				年 月 日					
本年度治療期間				年 月 日 ~ 年 月 日					
検査・治療の内容		チェック又は記入をして下さい。							
		検査内容			治療内容				
		<input type="checkbox"/>	超音波検査		<input type="checkbox"/>	タイミング療法			
		<input type="checkbox"/>	ホルモン検査		<input type="checkbox"/>	薬物療法			
		<input type="checkbox"/>	子宮卵管造影検査		<input type="checkbox"/>	人工授精 (回)			
		<input type="checkbox"/>	精液検査		<input type="checkbox"/>	手術療法 (内容)			
<input type="checkbox"/>	その他 ()		<input type="checkbox"/>	その他 ()					
院外処方の有無				有 ・ 無					
区 分	診 療 年 月	医療機関徴収分				薬局徴収分			
		保険診療		保険診療以外の 本人負担額	院内処方 本人負担額	院外処方 本人負担額 <small>※仙北市記載欄</small>			
医療費総額		本人負担額							
本人負担額の内訳	年 月分	円	円	円	円	円			
	年 月分	円	円	円	円	円			
	年 月分	円	円	円	円	円			
	年 月分	円	円	円	円	円			
	年 月分	円	円	円	円	円			
	年 月分	円	円	円	円	円			
	年 月分	円	円	円	円	円			
	年 月分	円	円	円	円	円			
	年 月分	円	円	円	円	円			
	年 月分	円	円	円	円	円			
	年 月分	円	円	円	円	円			
	年 月分	円	円	円	円	円			
	小 計		①	円	②	円	③	円	④
今年度の不妊治療にかかった金額 (医療機関自己負担額)		⑤(①+②+③)				円			

※仙北市記載欄	不妊治療自己負担額合計(④+⑤) 円
---------	-----------------------

- 1 不妊治療に関する費用についてのみご記入ください。(特定不妊治療は除いてください。)
- 2 院外処方の有無が「有」の場合、本人から薬局の領収書を添付してもらいますので、薬局徴収分への記入は必要ありません。
- 3 入院時食事療養費・差額ベット代・文書料等は助成対象となりません。
- 4 「※仙北市記載欄」は、市で記載します。