

一般不妊治療医療機関受診等証明書

(あて先) 白山市長

年 月 日

医療機関等

住 所

名 称

代 表 者

電 話 番 号

㊞

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 ~				
今回の証明に係る診療期間		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・顕微授精の一環として行われたものを除く。)				円
	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	
本人負担額の内訳	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
不妊治療の内容	<input type="checkbox"/> タイミング療法(不妊相談) <input type="checkbox"/> 薬物療法(内服・注射) <input type="checkbox"/> 腹腔(子宮)鏡手術 <input type="checkbox"/> その他の手術() <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 検 査 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
院外処方の有無		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		

備考

- 1 不妊治療に関する費用についてのみご記入ください。
- 2 食事療養費標準負担額、個室料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。