

王寺町一般不妊治療受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療(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(主治医が御記入ください。)

(フリガナ)			
受診者氏名	夫		妻
受診者生年月日		昭和・平成 年 月 日生	昭和・平成 年 月 日生
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 から	年 月 日 まで

◎上記患者が、今回受けた不妊治療について、該当する箇所に御記入してください。

- 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)
- 手術療法(手術方法)
- その他()
- 精液検査
- 精巣生検
- 人工受精 (回)

・院外処方の有無(有 ・ 無)

本人負担額の内訳	利用年月	医療機関徴収分		薬局徴収分	
		保険診療分		保険診療以外の本人負担額 ②	本人負担額 ③
		医療費総額	本人負担額 ①		
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円

今回の治療にかかった合計金額

領収金額 円(上記本人負担額①+②+③の合計額)

- 注 1 当該患者に関して行った不妊治療(体外受精及び顕微授精を除く。)に係るもののみご記入ください。
- 2 に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」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、個室料等の直接治療費に関係のない費用は、含まないでください。
- 5 提出の際は、領収書の添付が必要です。