

稲沢市不妊治療費補助金事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり不妊治療（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

医療機関記入欄（主治医をご記入ください。）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()					
受診者生年月日		昭和 平成	年 月 日 (歳)	昭和 平成	年 月 日 (歳)				
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 ~ 年 月 日							
○当該患者が、今回行った不妊治療について該当箇所に記入してください。 <input type="checkbox"/> 人工授精 () 回 <input type="checkbox"/> 体外受精 ※胚移植の回数() 回 <input type="checkbox"/> 顕微授精 ※胚移植の回数() 回 <input type="checkbox"/> 手術療法 (手術方法) <input type="checkbox"/> その他 ()									
・院外処方の有無 (<input type="checkbox"/> 有り・ <input type="checkbox"/> 無し)									
自己負担額の内訳	区分	一般不妊治療(不妊検査・一般不妊治療・人工授精等)				生殖補助医療(体外受精・顕微授精等)			
		医療機関徴収分		薬局徴収分		医療機関徴収分		薬局徴収分	
	医療点数	①	医療点数	②	医療点数	③	医療点数	④	
		自己負担額		自己負担額		自己負担額		自己負担額	
	年3月分	点 円	点 円	点 円	点 円	点 円	点 円		
	年4月分	点 円	点 円	点 円	点 円	点 円	点 円		
	年5月分	点 円	点 円	点 円	点 円	点 円	点 円		
	年6月分	点 円	点 円	点 円	点 円	点 円	点 円		
	年7月分	点 円	点 円	点 円	点 円	点 円	点 円		
	年8月分	点 円	点 円	点 円	点 円	点 円	点 円		
	年9月分	点 円	点 円	点 円	点 円	点 円	点 円		
	年10月分	点 円	点 円	点 円	点 円	点 円	点 円		
	年11月分	点 円	点 円	点 円	点 円	点 円	点 円		
	年12月分	点 円	点 円	点 円	点 円	点 円	点 円		
年1月分	点 円	点 円	点 円	点 円	点 円	点 円			
年2月分	点 円	点 円	点 円	点 円	点 円	点 円			
計	点 円	点 円	点 円	点 円	点 円	点 円			
[今回の治療にかかった金額合計]									
領収金額 円 (上記本人負担額①～④の合計額となります。)									

注1 当該患者に関して行った不妊治療に係るもののみご記入ください。

注2 は該当項目をチェックしてください。

注3 院外処方の有無が「有り」の場合、「自己負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から自己負担額を転記してください。

注4 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。

注5 保険診療の不妊治療を対象とします（自費診療分は対象外。）。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

