

大和郡山市不妊治療等支援事業受診等証明書

年 月 日

医療機関の名称
及び所在地
主治医氏名
電話番号

印

以下のとおり不妊治療等を実施したことを証明します。

	受診者氏名	フリガナ	受診者生年月日			
夫			年 月 日 (歳)			
妻			年 月 日 (歳)			
当医療機関における治療開始年月日		年 月 日				
() 年度における治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日				
検査・不妊治療・ 不育治療の内容	<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 薬物療法（不妊） <input type="checkbox"/> 体外授精 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査 <input type="checkbox"/> 手術療法（不妊） <input type="checkbox"/> 薬物療法（不育） <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 手術療法（不育） <input type="checkbox"/> その他治療・検査（不妊）（ ） <input type="checkbox"/> その他治療・検査（不育）（ ）					
	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	医療機関徴収分		薬局徴収分	自己負担 合計額④ (①+②+③)	
		保険診療分		保険診療外分		
		医療費総額	自己負担額①	自己負担額②	自己負担額③	
	年 1 月分	円	円	円	円	円
	〃 2 月分	円	円	円	円	円
	〃 3 月分	円	円	円	円	円
	〃 4 月分	円	円	円	円	円
	〃 5 月分	円	円	円	円	円
	〃 6 月分	円	円	円	円	円
	〃 7 月分	円	円	円	円	円
	〃 8 月分	円	円	円	円	円
	〃 9 月分	円	円	円	円	円
	〃 10 月分	円	円	円	円	円
〃 11 月分	円	円	円	円	円	
〃 12 月分	円	円	円	円	円	
今回の治療にかかった金額の合計（④の合計額）					円	

(注意)

- 1 当該患者に対して行った不妊治療及び不育治療にかかるもののみご記入ください。
- 2 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的ではない費用は、含めないでください。
- 3 院外処方が有ったときは、「自己負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」に、薬局の領収書から自己負担額を転記してください。