

入善町一般不妊治療費助成事業受診証明書

(あて先) 入善町長

医療機関等 住所

診療科等名称

名称

電話

医師名

印

次のとおり一般不妊治療・検査を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日(歳)		年 月 日(歳)
貴医療機関における治療期間年月日		年 月 日		
今回の治療期間		年 月 日 ~		年 月 日
不妊治療内容	※該当区分にチェックし、実施した検査、治療に○をつけてください。			
	□不妊スクリーニング検査		□精液検査	
	□タイミング療法			
	□排卵誘発法 (回)		□人工授精 (回)	
	□手術療法 (手術方法)			
	□その他 ()			

当該治療にかかる本人負担金額

期間	保険診療分		保険診療外の 本人負担金額
	診療点数	本人負担金額	
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
年 月分	点	円	円
合計		円	円
院外処方の有無		□ 有	□ 無

1 不妊治療（体外受精及び顕微授精を除く。）に係るもののみ記入ください。

2 □は該当項目をチェックしてください。

3 食事療養費、文書費、差額ベッド代など治療に直接関係のない費用は含まないでください。

4 月分の記入を省略し合計のみ記入する場合は、省略部分を斜線で消してください。