

一般不妊治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

新冠町長 様

医療機関 所在地
名 称
主治医名

(Tel)

下記の者（夫婦）に対し、次のとおり一般不妊治療（またはその調剤）を実施し、これに関わる医療（調剤）費を証明します。

記

医療機関記入欄

受診者氏名 生年月日	夫	年 月 日生	妻	年 月 日生	
今回の治療法及び 内容	今回行った不妊治療について該当箇所に☑を記入してください。 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 人工授精				
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし				
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日				
自己負担額内訳	区分	回数	医療機関分		薬局分
			保険診療分		保険診療以外の 本人負担額②
	医療費総額	本人負担額①			
	年 月分	回			
	年 月分	回			
	年 月分	回			
	年 月分	回			
	年 月分	回			
	年 月分	回			
【今回の治療にかかった金額合計】 領収金額 円（本人負担額①～③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 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除いて下さい。

3 院外処方の有無が「あり」の場合、「本人負担額内訳」欄の「薬局分」も記入してください。