

・別記第2号様式（第6条関係）

幌延町一般不妊治療医療機関等証明書

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

所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄

(フリガナ) 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開始年月日			年 月 日				
今回の治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日					
検査・不妊治療 の内容		☐ 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 ☐ 精巢生検 ☐ 人工授精(回)					
院外処方の有無		☐ あ り ☐ な し					
本人負担額の内訳	区 分	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				
	年 4月分	円	円	円	円		
	年 5月分	円	円	円	円		
	年 6月分	円	円	円	円		
	年 7月分	円	円	円	円		
	年 8月分	円	円	円	円		
	年 9月分	円	円	円	円		
	年 10月分	円	円	円	円		
	年 11月分	円	円	円	円		
	年 12月分	円	円	円	円		
	年 1月分	円	円	円	円		
	年 2月分	円	円	円	円		
	年 3月分	円	円	円	円		
合 計		円	円	円	円		
〔今回の治療にかかった本人負担金額の合計〕							
領収金額 円（上記本人負担額①～③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(体外受精及び顕微授精を除く。)に係るもののみにご記入ください。

2 □は該当項目をチェックしてください。

3 院外処方の有無が「有り」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」に薬局の領収書から 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、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。

5 証明書は4月から翌年3月までの診療分についてご記入ください。