

天塩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。

平成 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	平成 年 月 日 ~ 平成 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	有 り 無 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
		医療費総額	本人負担額	
	年 4月分	円	円	円
	年 5月分	円	円	円
	年 6月分	円	円	円
	年 7月分	円	円	円
	年 8月分	円	円	円
	年 9月分	円	円	円
	年 10月分	円	円	円
	年 11月分	円	円	円
	年 12月分	円	円	円
	年 1月分	円	円	円
	年 2月分	円	円	円
年 3月分	円	円	円	
合 計	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 ~ 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。