

高千穂町一般不妊治療費等助成金給付事業受診等証明書

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

医療機関の名称及び所在地  
主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

(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開始年月日			年 月 日			
今回の治療期間		年 月 日 ~		年 月 日		
○当該患者が、今回行った不妊治療について該当箇所に記入してください。 <input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 (      回) <input type="checkbox"/> 人工授精 (      回) <input type="checkbox"/> 手術療法 (手術方法      ) <input type="checkbox"/> その他 (      )						
・院外処方の有無 ( <input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 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		保険診療以外本人負担額 ②	本人負担額 ③	
		医療費総額	本人負担額①		円	円
年 3月	円	円		円		
年 4月	円	円		円		
年 5月	円	円		円		
年 6月	円	円		円		
年 7月	円	円		円		
年 8月	円	円		円		
年 9月	円	円		円		
年 10月	円	円		円		
年 11月	円	円		円		
年 12月	円	円		円		
年 1月	円	円		円		
年 2月	円	円		円		
【今回の治療にかかった金額合計】						
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（体外受精及び顕微受精を除く。）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」へ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。