

高千穂町妊活応援助成金給付事業受診等証明書

下記の者については、不妊治療が必要であるため、不妊治療（またはその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費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

(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)
治療開始年月日	年 月 日			
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
<p>○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。</p> <p> <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"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <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"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> その他 () </p>				
<p>・院外処方の有無 (<input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 無し)</p>				

※裏面に治療費金額をご記入ください。

《注意事項》

- ① 当該患者に関して行った不妊検査及び不妊治療に係わるもののみご記入ください。
- ② 文書料、食事療法標準負担額、個室料など、不妊検査及び不妊治療に直接関係のない費用は対象外のため、含めないでください。
- ③ 院外処方の有無が「有り」の場合、「負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から負担額を転記してください。

医療機関記入欄

	診療月	医療機関徴収分 (院内処方含む)				(院外) 薬局徴収分	
		保険診療分 自己負担額①		保険診療以外 自己負担額②		自己負担額③	
		夫	妻	夫	妻	夫	妻
負担額の内訳	年 月	円	円	円	円	円	円
	年 月	円	円	円	円	円	円
	年 月	円	円	円	円	円	円
	年 月	円	円	円	円	円	円
	年 月	円	円	円	円	円	円
	年 月	円	円	円	円	円	円
	年 月	円	円	円	円	円	円
	年 月	円	円	円	円	円	円
	年 月	円	円	円	円	円	円
	年 月	円	円	円	円	円	円
	年 月	円	円	円	円	円	円
	年 月	円	円	円	円	円	円
	年 月	円	円	円	円	円	円

【今回の治療にかかった金額合計】

領収金額
円 (上記夫婦負担額①～③の合計額となります。)