

様式第2号(第6条関係)

新篠津村不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり不妊治療(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



医療機関記入欄(主治医がご記入ください。)

(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	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 精巣内精子採取 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 人工授精(回) <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 胚移植 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 胚培養 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 胚凍結保存 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 手術療法 <input type="checkbox"/> 採卵 <input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査 <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	本人負担額③	
	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	
〔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・②・③の合計となります。)		

注1 当該患者に関して行った不妊治療に係る費用のみご記入ください。

注2 は該当項目をチェックしてください。

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

注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。