

不妊治療医療機関受診等証明書

年 月 日

輪島市長

医療機関等

所在地

名称

代表者

電話番号

(署名又は記名押印)

下記のとおり、不妊治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

(フリガナ) 受診者氏名		男・女	生年月日	年 月 日
貴医療機関における不妊治療開始年月日		年 月 日～		
今回の証明に係る診療期間		年 月 日～年 月 日		
保険診療に要した総点数	点	保険診療分本人負担(領収)金額		円
本人負担額の 内訳	区分	保険診療分		保険診療以外の 本人負担金額
		診療点数	本人負担金額	
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
不妊治療の内訳	<input type="checkbox"/> タイミング療法(不妊相談)		<input type="checkbox"/> 体外受精	
	<input type="checkbox"/> 薬物療法(内服・注射)		<input type="checkbox"/> 顕微授精	
	<input type="checkbox"/> 腹腔(子宮)鏡手術		<input type="checkbox"/> その他の手術(男性不妊の手術を含む。)	
	<input type="checkbox"/> 人工授精		()	
	<input type="checkbox"/> 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	

- 1 不妊治療に関する費用についてのみご記入ください。
- 2 保険適用で行った治療費が助成の対象になります。食事療養費標準負担額、個室料等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。
- 3 医療機関が発行した受診等証明書の「院外処方の有無」が「有り」の場合は、院外処方に要した費用も対象となります(薬局が発行する同証明書の添付が必要です。)