

一般不妊治療医療機関受診等証明書

年 月 日

珠洲市長

医療機関等
住所
名称
代表者 印
電話番号

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。

受診者氏名		男・女	年 月 日生	
医療機関における不妊治療開始年月日		年 月 日		
()年度における診療期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
保険診療に要した総点数 点		保険診療分の本人負担(領収)金額		円
保険診療以外の不妊治療に係る本人負担(領収)金額				円
(ただし、体外受精・顕微授精の一環として行われたものを除く)				
本人負担額の 内訳	区分	保険診療分		保険診療以外の
		診療点数	本人負担金額	本人負担金額
	年4月分			
	年5月分			
	年6月分			
	年7月分			
	年8月分			
	年9月分			
	年10月分			
	年11月分			
	年12月分			
	年1月分			
	年2月分			
年3月分				
治療内容	<input type="checkbox"/> タイミング療法(不妊相談) <input type="checkbox"/> 薬物療法(内服・注射) <input type="checkbox"/> 腹腔(子宮)鏡手術 <input type="checkbox"/> その他の手術() <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 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。