

岡崎市一般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。

平成 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		昭和 平成 年 月 日( 歳)		昭和 平成 年 月 日( 歳)
貴医療機関における治療開始年月日		平成 年 月 日		
今回の治療期間		平成 年 月 日 ~ 平成 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下さい。 不妊症スクリーニング検査 精液検査 タイミング療法 精巣生検 排卵誘発法( 回) 人工授精( 回) 手術療法(手術方法 ) その他( )				
・院外処方の有無( 有り・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
	医療費総額	本人負担額	本人負担額	
	年 3月分	円	円	円
	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	
〔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 ~ 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(体外受精及び顕微授精を除く。)に係るもの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。  
 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。