

小牧市不妊治療等受診等証明書（一般不妊治療）

以下の者については、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

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日			年 月 日					
今回の治療期間			年 月 日～ 年 月 日		人工授精 ☐ 無・ ☐ 有（ 回）			
本人負担額の 内訳	区 分		医療機関徴収分 （保険診療）		医療機関徴収分 （保険外診療）		薬局徴収分 院外処方 ☐ 無・ ☐ 有	
	年 3 月 分		円		円		円	
	これは見本です 医療機関に記入してもらってください。							
	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		
（事務局記入欄）小計			円		円		円	
領収合計：							円	

※注（医療機関等へのお願い）

- 1 不妊検査（超音波検査、ホルモン検査、子宮卵管造影検査、クラミジア抗体検査、精液検査、その他不妊治療に必要とする検査）及び一般不妊治療に関する費用をご記入ください。
- 2 文書料、容器代、食事療養標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含めないでください。
- 3 院外処方がある場合「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。