

小牧市不妊治療等受診等証明書

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。）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)

本医療機関における治療開始年月日	年 月 日
------------------	-------

今回の治療	年 月 日 ~ 年 月 日 (中断期間: 月)
-------	-------------------------

○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。

<input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査	<input type="checkbox"/> 精液検査
<input type="checkbox"/> タイミング療法	<input type="checkbox"/> 精巣生検
<input type="checkbox"/> 排卵誘発法 (回)	<input type="checkbox"/> 人工授精 (回)
<input type="checkbox"/> 手術療法 (手術方法)	
<input type="checkbox"/> 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②	本人負担額③
		医療費総額	本人負担額①		
年 3月分	円	円	円	円	
年 4月分	円	円	円	円	
年 5月分	円	円	円	円	
年 6月分	円	円	円	円	
年 7月分	円	円	円	円	
年 8月分	円	円	円	円	
年 9月分	円	円	円	円	
年10月分	円	円	円	円	
年11月分	円	円	円	円	
年12月分	円	円	円	円	
年 1月分	円	円	円	円	
年 2月分	円	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①~③の合計額となります。)

- 注1 当該患者に関して行った不妊検査（診断のための検査、治療効果を確認するための検査等治療の一環として行われる検査）、不妊治療、保険適用外の人工授精（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。
- 2 は該当項目をチェックしてください。
- 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。
- 4 文書料、食事療養費標準負担額、個室料、容器代、夫婦の風疹抗体検査費用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。
- 5 治療が中断された場合については、中断期間のご記入をお願いします。

【うち、人工授精の本人負担額】

人工授精の実施状況		人工授精開始年月		年	月	日
		人工授精実施回数		回		
本人負担額の内訳	区分	実費負担分				
		医療機関徴収分④			薬局徴収分⑤	
	年 3月分		円			円
	年 4月分		円			円
	年 5月分		円			円
	年 6月分		円			円
	年 7月分		円			円
	年 8月分		円			円
	年 9月分		円			円
	年10月分		円			円
	年11月分		円			円
	年12月分		円			円
	年 1月分		円			円
	年 2月分		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④～⑤の合計額となります。)				

注1 当該患者に関して行った人工授精に係るもののみご記入ください。

2 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。

3 文書料、食事療養費標準負担額、個室料、容器代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。