

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	()	長期治療や長期入院を必要とし、治療を中止せざるを得ないと判断した場合にご記入ください。
受診者生年月日		年 月 日 (歳)	
本医療機関における治療開始年月日		年 月 日	
今回の治療期間		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)

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 12月分	円	円	円	円
年 1月分	円	円	円	円
年 2月分	円	円	円	円

本人負担額の内訳

当該患者に対して行った不妊検査、不妊治療に係わる分を記入してください。(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。)
(注意)人工授精も含まれます。

〔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、夫婦の風疹抗体検査費用、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。
- 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			
		医療機関費(④)	薬品費(⑤)		
	年 3月分	当該患者に対して行った人工授精に係わる分を記入してください。(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。) (注意)人工授精のみです。その他治療や検査は含まれません。			円
	年 4月分				円
	年 5月分				円
	年 6月分				円
	年 7月分				円
	年 8月分				円
	年 9月分				円
	年10月分				円
	年11月分				円
	年12月分				円
年 1月分	円				
年 2月分	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 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。