

穴水町一般不妊治療医療機関受診等証明書

年 月 日

(あて先)
穴水町長

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、これに係る治療費等を領収したことを証明します。

(ふりがな)		夫	妻	
受診者氏名				
生年月日		年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	
貴医療機関における 不妊治療開始年月日		年 月 日		
[年度] 治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
領収金額		保険適用分の本人負担額 円	保険適用外分の本人負担額 (ただし、体外受精・顕微授精を除く) 円	
本人負担額の内訳	区分	保険適用分		保険適用外分
		診療点数	本人負担金額	本人負担金額
	年 4 月分	点	円	円
	年 5 月分	点	円	円
	年 6 月分	点	円	円
	年 7 月分	点	円	円
	年 8 月分	点	円	円
	年 9 月分	点	円	円
	年 10 月分	点	円	円
	年 11 月分	点	円	円
	年 12 月分	点	円	円
	年 1 月分	点	円	円
	年 2 月分	点	円	円
年 3 月分	点	円	円	
不妊治療の内容	<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 <input type="checkbox"/> 無			

※注1 不妊治療の一環として行われた治療費及び検査料についてのみご記入ください。

- 入院時の差額ベッド代・食事代、文書料等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。
- 医療機関が発行した受診等証明書の「院外処方の有無」が「有り」の場合は、院外処方に要した費用も対象となります。(薬局が発行する同証明書の添付が必要です)