田野畑村一般不妊治療医療機関受診等証明書

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。

年　　月　　日

医療機関等　名称

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。）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者 | 区分 | | 夫 | | 妻 | |
| （ふりがな）  氏　名 | |  | |  | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日（　　歳） | | 年　　月　　日（　　歳） | |
| 治療開始年月日 | | | 年 月 日 | | | |
| 今回の治療期間 | | | 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | |
| 治療の内容 | □不妊症 | □検査（検査名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　□タイミング療法（不妊相談）　　　□薬物療法（内服・注射）  　□手術（　　　　　　　　　　　）　□人工授精  　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| □不育症 | □検査（検査名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　□薬物療法（内服・注射）　□手術（　　　　　　　　　　　　　　　）  　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 院外処方の有無 | | | □有り　　　　□無し | | | |
| 医療費の内訳 | 区分 | | 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 | |
| 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 |
| 年3月分 | | 円 | 円 | | 円 |
|  | | | | 合計　　　　　 円 | | 合計 円 |

1　当該患者に関して行った一般不妊治療（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。

2　文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な医療費ではない費用は含めないでください。

3　夫婦の医療費を合算してご記入ください。