

西都市一般不妊治療等受診等証明書

下記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（保険診療分）を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関（又は薬局）の名称及び所在地

主治医（又は薬剤師）氏名

※署名を行う場合は、押印は不要です。

医療機関記入欄（主治医をご記入ください。薬局の場合は太枠内のみご記入ください。）

(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)
貴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			
<input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 (回) <input type="checkbox"/> その他医師が行う不妊治療で保険適用のもの (治療内容:)				
・院外処方の有無 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)				
本人負担額の 内訳	区 分 (診療月)	本人負担額 (保険診療分)		
	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		
	年 3 月分	円		
文書料 (証明書)		円		
合計		円		
※薬局のみご記入ください。 処方依頼のあった医療機関名 _____				

注1 当該患者に関して年度内（4月1日から3月31日）に行った不妊治療（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。（※令和6年4月1日以後に行った治療を対象とする。）
2 □は該当項目をチェックしてください。
3 文書料以外の、食事療養費標準負担額、個室料などの直接的な治療費ではない費用は含まないでください。