

西都市一般不妊治療等受診等証明書

下記のとおり不妊の原因を調べるための検査（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費（保険診療の内外を問わない）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（主治医がご記入ください。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)
不妊の原因を調べるための検査実施状況	検査実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	検査実施回数	回		
・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 (保険診療の内外を問わない)		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 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 当該患者に関して行った不妊の原因を調べるための検査に係る費用のみご記入ください。
(※令和6年4月1日以後に行った検査を対象とする。)
- 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。