

江差町一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者について、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

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

		夫		妻	
フリガナ					
受診者氏名					
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			
検査・治療の内容		☐超音波検査 ☐タイミング療法 ☐子宮卵管造影検査 ☐クラミジア抗体検査 ☐精液検査 ☐その他（ ☐ホルモン検査 ☐薬物療法 ☐排卵誘発法 ☐手術療法 ☐人工授精（ 回） ）			
院外処方の有無		☐ 有り ☐ 無し			
本人負担額の内訳	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 4月分	円	円	円	円
	年 5月分	円	円	円	円
	年 6月分	円	円	円	円
	年 7月分	円	円	円	円
	年 8月分	円	円	円	円
	年 9月分	円	円	円	円
	年10月分	円	円	円	円
	年11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
年 3月分	円	円	円	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①～③の合計となります。）			

注1 当該患者に関して行った不妊治療（体外受精及び顕微授精を除く。）に係る費用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」も記入してください。
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。