

不育症治療医療機関受診等証明書

年 月 日

内灘町長

医療機関等

住 所

名 称

代 表 者

電 話 番 号

印

下記のとおり、不育症治療を実施し本人負担額を領収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名		男・女		生年月日		年 月 日		
貴医療機関における不育症治療開始年月日			年 月 日～					
今回の証明に係る診療期間			年 月 日～ 年 月 日					
保険診療に要した総点数		保険診療分本人負担(領収)金額		円				
保険診療以外の不育症治療に係る本人負担(領収)金額 (ただし、体外受精・顕微授精の一環として行われたものを除く)				円				
本人負担額の 内 訳	区 分	保険診療分		保険診療以外の 本人負担金額	区 分	保険診療分		保険診療以外の 本人負担金額
		診療点数	本人負担金額			診療点数	本人負担金額	
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	不育症の原因疾患							
主な治療内容								
院外処方の有無		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し						

- 1 不育症治療に関する費用についてのみご記入ください。
- 2 食事療養費標準負担額、個室料等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。
- 3 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。