

浦河町一般不妊治療受診等証明書

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。

令和 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。)

(フリガナ) 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			
○当該患者が、今回行った不妊治療について該当箇所に記入して下さい。 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 頸管粘液検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> フーナーテスト <input type="checkbox"/> 腹腔鏡検査 <input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法(回) <input type="checkbox"/> 人工授精(回) <input type="checkbox"/> 手術療法(手術方法) <input type="checkbox"/> その他()				
・院外処方の有無(<input type="checkbox"/> 有り・ <input type="checkbox"/> 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		本人負担額 ③
		医療費総額	保険診療以外の 本人負担額 ②	
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	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の合計額となります。)			

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。)に係るもの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」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
 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。