

飛鳥村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。

平成 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。)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )			
受診者生年月日		昭和 平成 年 月 日( 歳 )		昭和 平成 年 月 日( 歳 )			
貴医療機関における治療開始年月日	平成 年 月 日						
人工授精開始年月日(実施の場合のみ記入)	平成 年 月 日						
今回の治療期間	平成 年 月 日 ~ 平成 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。							
不妊症スクリーニング検査( 回) タイミング療法( 回) 排卵誘発法( 回)							
精液検査( 回) 精巣生検( 回) 人工授精( 回)							
手術療法(手術方法 )							
その他( )							
・院外処方の有無( 有り・無し )							
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額			人工授精以外に係る 院外薬局徴収分 (本人負担額)
		医療費総額	本人負担額	人工授精に係る 医療費	人工授精に係る院 外薬局徴収分	人工授精以外に 係る医療費	
	年 3月分	円	円	円	円	円	円
	年 4月分	円	円	円	円	円	円
	年 5月分	円	円	円	円	円	円
	年 6月分	円	円	円	円	円	円
	年 7月分	円	円	円	円	円	円
	年 8月分	円	円	円	円	円	円
	年 9月分	円	円	円	円	円	円
	年 10月分	円	円	円	円	円	円
	年 11月分	円	円	円	円	円	円
	年 12月分	円	円	円	円	円	円
	年 1月分	円	円	円	円	円	円
	年 2月分	円	円	円	円	円	円
小計	円	円	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 ~ の合計額となります。)							

- 注1 当該患者に関して行った一般不妊治療(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。
- 注2 「人工授精に係る医療費」「人工授精に係る院外薬局徴収分」には、事前検査として実施する精子の細菌学検査費用及びHIVなどの感染症検査費用、採精(事前採取も含む。)費用、精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料(通常、人工授精施行当日に採取するが、夫の都合により人工授精当日に来院できない場合に限る。)、精子の濃縮、精子の洗浄等に要する費用、排卵誘発のためのHCG注射、精子を子宮内に注入するために要する費用、人工授精後、感染予防のため、服用する抗生剤等が含まれます。
- 注3 院外処方の有無が「有り」の場合、「院外薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
- 注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。