様式第3号(第7条関係)

飛島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。

　　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 | | |  | 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 | | | | | | | |
| 人工授精開始年月日（実施の場合のみ記入） | | | | | | | 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。 | | | | | | | | | | | | | | |
| □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）  　　　⑤ |
| 医療費総額 | | | | 本人負担額 | | 人工授精 | | | | | 人工授精  以外 |
| 人工授精に係る  医療費② | 人工授精に係る院外薬局徴収分　③ | | | | 人工授精以外に係る医療費　④ |
| 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①～⑤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。

　２　「人工授精に係る医療費②」「人工授精に係る院外薬局徴収分③」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。

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。

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。