

一般不妊治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

都留市長 様

医療機関等

住 所

医療機関名

代 表 者

㊤

電話番号

下記のとおり不妊治療を実施し、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(夫)	生年月日	年 月 日					
	女(妻)	生年月日	年 月 日					
当医療機関における一般不妊治療開始年月日		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	点	保険診療分の本人負担 (領収) 金額	円					
保険診療以外の不妊治療に係る本人負担 (領収) 金額 (ただし、体外受精・顕微授精を除く)			円					
本人負担額 一 年 度 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
治療 の 内 容	検査 (検査名:)							
	<input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 薬物療法(内服・注射)							
	<input type="checkbox"/> 手術 () <input type="checkbox"/> 人工授精							
	<input type="checkbox"/> その他 ()							
院外処方有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		妊娠成立の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

備考

- 1 食事療養費標準負担額、個室料等の直接関係のない費用は含めないでください。
 - 2 一般不妊治療開始以後、助成を開始した年から5年間助成を受けることができます。
 - 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」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。)
- ※1年度とは、3月から翌年2月までの診療分を指します。ただし、平成28年度は4月から翌年2月までの診療分とします。