

都留市特定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（生殖補助医療）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 (夫)				生年月日	年 月 日生			
(ふりがな) 受診者氏名 (妻)				生年月日	年 月 日生			
当医療機関における特定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				円				
本人負担額	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	<input type="checkbox"/> 採卵 <input type="checkbox"/> 受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 採精 <input type="checkbox"/> 胚凍結保存 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 胚移植 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> その他（ ）							
院外処方有無		有 ・ 無		妊娠成立の有無		有 ・ 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 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。）
- 3 「保険診療以外の不妊治療に係る本人負担（領収）金額」欄は、次の額の合計額を記載してください。
- (1) 要綱第7条の規定により助成対象となる場合の保険適用外の治療に係る本人負担額（特定不妊治療と同じ内容の治療に限る。）
- (2) 特定不妊治療又は(1)の治療と併せて実施する先進医療に係る本人負担額