

## 都留市一般不妊治療費助成事業受診等証明書

令和 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

下記のとおり一般不妊治療を実施し、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・女	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、生殖補助医療・先進医療を除く)			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	区 分	保険診療分		保険診療以外の
		診療点数	本人負担金額	本人負担金額		診療点数	本人負担金額	本人負担金額
	年 3 月分	点	円		年 9 月分	点	円	
	年 4 月分	点	円		年 10 月分	点	円	
	年 5 月分	点	円		年 11 月分	点	円	
	年 6 月分	点	円		年 12 月分	点	円	
	年 7 月分	点	円		年 1 月分	点	円	
年 8 月分	点	円		年 2 月分	点	円		
治療の内容	<input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法(内服・注射) <input type="checkbox"/> 人工授精 <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

- 食事療養費標準負担額、個室料等の直接関係ない費用は含めないでください。
- 一般不妊治療開始以後、助成を開始した月から5年間助成を受けることができます。
- 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。