

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	
本人負担額	区 分	保険診療分		区 分	保険診療分	
		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	年 月分	点	円
	年 月分	点	円	年 月分	点	円
	年 月分	点	円	年 月分	点	円
	年 月分	点	円	年 月分	点	円
	年 月分	点	円	年 月分	点	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、院外処方に要した保険適用の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 「本人負担金額」欄は、要綱第7条の規定により助成対象となる場合には、保険適用外の本人負担額（要綱第2条第1項第1号に規定する「特定不妊治療」と同じ内容の治療のみ）を記載してください。