

大崎町不妊治療費助成事業受診等証明書

以下のとおり、大崎町不妊治療費助成事業の対象となる不妊治療を実施し、これに係る医療費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（主治医が記入してください。）

(フリガナ) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日		年 月 日
当医療機関における治療開始年月日		年 月 日		
今回の申請に係る治療期間		年 月 日	～	年 月 日
今回の治療方法	<input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 先進医療 () <input type="checkbox"/> 男性不妊治療 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
今回の治療結果	<input type="checkbox"/> 妊娠した <input type="checkbox"/> 妊娠せず <input type="checkbox"/> 治療中止 <input type="checkbox"/> その他 ()			
限度額適用認定の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (区分:)			
領収金額	不妊治療費 ※男性不妊治療費は除く。	保険適用		円
		保険適用外		円
	先進医療		円	
	男性不妊治療費	保険適用		円
		保険適用外		円
	先進医療		円	
	文書料（本事業に係る証明書）			円
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	薬局領収金額		円
今回の治療にかかった金額の合計（薬局分含む。）				円

備考1 当該患者に対して行った不妊治療に係るもののみ記入してください。

2 は該当項目にレ印を記入してください。

3 原則として、治療期間は1回の不妊治療ごとに記入してください。ただし、一般不妊治療を実施した場合は、複数回分の不妊治療についてまとめて記入することもできます。

4 不妊治療を伴わない不妊検査及び自費検査となる不妊検査の費用は含めないでください。

5 先進医療を行った場合は、領収金額欄中保険適用外欄には含めず、先進医療の欄に記入してください。

6 本事業に係る証明書の文書料は助成の対象となりますので、領収金額欄中文書料欄に記入してください。その他の文書料及び直接治療に関係のない費用は助成の対象外です。

7 院外処方の有無が「有」の場合、薬局の領収書から本人負担額を薬局領収金額欄に転記してください。