

大津市一般不妊治療医療機関受診等証明書

年 月 日

医療機関等
住 所
名 称
代 表 者
電 話 番 号

印

次のとおり、不妊治療を実施し、受領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		
()年における診療期間		年 月 日 ~ 年 月 日				
本人負担額の 内訳	区 分	保 険 診 療 分				人工授精に係る 本人負担金額
		診 療 点 数		本人負担金額		
		外来分	入院分	外来分	入院分	
	年1月分	点	点	円	円	円
	年2月分	点	点	円	円	円
	年3月分	点	点	円	円	円
	年4月分	点	点	円	円	円
	年5月分	点	点	円	円	円
	年6月分	点	点	円	円	円
	年7月分	点	点	円	円	円
	年8月分	点	点	円	円	円
	年9月分	点	点	円	円	円
	年10月分	点	点	円	円	円
年11月分	点	点	円	円	円	
年12月分	点	点	円	円	円	
合計		点	点	① 円	② 円	③ 円
総合計(①+②+③)			円			
チェック又は記入をしてください。						
検査 ・不妊治療の内容	保険診療				保険外診療	
	<input type="checkbox"/> タイミング療法(不妊相談) <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 薬物療法(内服・注射) <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> その他()				<input type="checkbox"/> 人工授精	
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し					
備 考						

- 1 不妊治療に関する費用についてのみ御記入ください。
- 2 食事療養費標準負担額、個室料等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。
- 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「有り」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。)**