

丸森町一般不妊治療受診等証明書

年 月 日

医療機関の名称

所在地

電話番号

主治医氏名

印

（※主治医が自署又は記名押印）

下記のとおり不妊治療費等助成事業の対象となる一般不妊治療を実施したことを証明します。

＜医療機関記入欄＞

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日		年 月 日
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日		
今年度(3月～翌年2月)の治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日		
○当該患者が、今回行った不妊治療について当該箇所に記入してください。				
<input type="checkbox"/> タイミング療法		<input type="checkbox"/> 排卵誘発法 (回)		
<input type="checkbox"/> 人工授精 (回)		<input type="checkbox"/> その他 ()		
○院外処方の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
○他院に依頼し実施した検査・治療の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 医療機関名：				
本人負担額の内訳	診療年月	医療機関徴収分		
		保険診療		院内処方 本人負担額
		医療費総額	本人負担額	
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	小 計		① 円	② 円
	今年度の一般不妊治療に要した金額		③ (①+②+本証明書への記載料) 円 (うち本証明書への記載料 円)	

※町記載欄	④薬局徴収分 円、⑤他院徴収分 円 一般不妊治療自己負担額合計 (③+④+⑤) 円
-------	--

【注意事項】

- 1 当該患者に関して行った一般不妊治療及びこれらに必要な検査等（体外受精及び顕微授精を除く。）に係るもののみご記入ください。
- 2 は、該当項目をチェックしてください。
- 3 食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費でない費用は、含まないでください。本証明書への記載料を徴収する場合はその金額も含むことができます。
- 4 証明書は、3月から翌年2月までの診療分について記入してください。