

森町一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、不妊治療以外の治療法の場合、妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、次のとおり不妊治療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費[本人負担額]を受領したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の証明が必要です。

医療機関 (調剤薬局) 所在地 名称 代表者 電話番号

印

医療機関記入欄

医療機関において記載願います。

受診者	(カガナ) 氏名	夫 (刊子 栗夫 森町 栗夫)	妻 (刊子 物子 森町 桜子)	
	生年月日	昭・平〇〇年 〇月 〇日 (〇) 歳	昭・平〇〇年 〇月 〇日 (〇) 歳	
貴医療機関における治療開始年月日		令和 〇年 〇月 〇日		
今回の治療期間		令和 〇年 〇月 〇日～ 令和 〇年 〇月 〇日 <input checked="" type="checkbox"/> 治療終了 <input type="checkbox"/> 治療継続中		
当該患者が、今回の治療期間中に行った全ての不妊治療について該当箇所に記入してください。				
<input checked="" type="checkbox"/> タイミング療法 <input checked="" type="checkbox"/> 排卵誘発法 (〇 回) <input type="checkbox"/> 人工授精 (〇 回) <input type="checkbox"/> その他 () 内に具体的に治療方法等を記載願います。 ()				
院外処方の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		
本人負担額の内訳 (不妊治療に伴うもの)	区分	保険診療分		保険診療以外の本人負担額②
		診療総額	本人負担額①	
	〇年4月分	15,000円	5,000円	円
	〇年5月分	15,000円	5,000円	5,000円
	〇年6月分	15,000円	5,000円	5,000円
	〇年7月分	15,000円	5,000円	円
	〇年8月分	15,000円	5,000円	5,000円
	〇年9月分	15,000円	5,000円	5,000円
	〇年10月分	15,000円	5,000円	円
	〇年11月分	15,000円	5,000円	5,000円
	〇年12月分	15,000円	5,000円	5,000円
	〇年1月分	15,000円	5,000円	円
	〇年2月分	15,000円	5,000円	5,000円
〇年3月分	15,000円	5,000円	5,000円	
今回の治療に要した自己負担金額の合計				
領収金額		100,000円 (上記本人負担額①～②の合計額となります)		

該当する項目に☑

領収書と一致

※記入の際は、裏面注意事項を確認願います。

- 注1 は、該当項目をチェックしてください。
- 2 受診者欄は、受診された方の氏名等を記載願います。
 - 3 当該患者に関して行った一般不妊治療（体外受精及び顕微授精の特定不妊治療を除く。）に係るもののみご記入ください。
 - 4 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療ではない費用は含めないでください。
 - 5 院外処方がある場合は、医療機関と薬局それぞれに証明書を作成してください。
 - 6 妻の年齢が43歳に到達した日以降に新たに開始する治療は含めないでください。