豊川市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、次のとおり一般不妊治療（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（主治医がご記入ください。）

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（　　）	妻	（　　）
受診者生年月日		昭和 平成　年　月　日（　歳）		昭和 平成　年　月　日（　歳）
医療機関における治療開始年月日	年　月　日			
今回の治療期間	年　月　日 ～　年　月　日			
人工授精開始年月日	年　月　日			

〇当該患者が、今回行った不妊治療について該当箇所に記入して下さい。

- ☐ 不妊症スクリーニング検査
- ☐ タイミング療法
- ☐ 排卵誘発法（　回）
- ☐ 手術療法（手術方法　）
- ☐ その他（　）
- ☐ 精液検査
- ☐ 精巣生検
- ☐ 人工授精（　回）

・院外処方の有無（☐ 有り・☐ 無し）

本人負担額の内訳 区分	医療機関徴収分		薬局徴収分	
	保険診療の本人負担額及び保険診療外の実費負担額①	左のうち、人工授精に係る金額	保険診療の本人負担額及び保険診療外の実費負担額②	左のうち、人工授精に係る金額
年　３月分	円	円	円	円
年　４月分	円	円	円	円
年　５月分	円	円	円	円
年　６月分	円	円	円	円
年　７月分	円	円	円	円
年　８月分	円	円	円	円
年　９月分	円	円	円	円
年１０月分	円	円	円	円
年１１月分	円	円	円	円
年１２月分	円	円	円	円
年　１月分	円	円	円	円
年　２月分	円	円	円	円

〔今回の治療にかかった金額合計〕

領収金額　　円（上記本人負担額①と②の合計額となります。）

注１　当該患者に関して行った不妊治療（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　院外処方の有無が「有り」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。

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費ではない費用は含まないでください。