

加賀市一般

一般不妊治療医療機関受診等証明書

年 月 日

(あて先)加賀市長

丁

住 所

名 称

代表者

電話番号 ()

印

—

下記のとおり、不妊治療を実施し本人負担額を領収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 日生 | |
|--------------------|--|------------------|---------|----------|--------|---|
| 貴医療機関における不妊治療開始年月日 | | | 年 月 日 ~ | | | |
| 今回の証明に係る診療期間 | | 年 月 日 ~ | | | 年 月 日 | |
| 保険診療に要した総点数 | _____点 | 保険診療分の本人負担(領収)金額 | | _____円 | | |
| 本人負担額の内訳 | 区分 | 保険診療分 | | 区分 | 保険診療分 | |
| | 診療点数 | 本人負担金額 | 診療点数 | 本人負担金額 | | |
| | 年 月 分 | 点 | 円 | 年 月 分 | 点 | 円 |
| | 年 月 分 | 点 | 円 | 年 月 分 | 点 | 円 |
| | 年 月 分 | 点 | 円 | 年 月 分 | 点 | 円 |
| | 年 月 分 | 点 | 円 | 年 月 分 | 点 | 円 |
| | 年 月 分 | 点 | 円 | 年 月 分 | 点 | 円 |
| | 年 月 分 | 点 | 円 | 年 月 分 | 点 | 円 |
| | 年 月 分 | 点 | 円 | 年 月 分 | 点 | 円 |
| | 年 月 分 | 点 | 円 | 年 月 分 | 点 | 円 |
| | 年 月 分 | 点 | 円 | 年 月 分 | 点 | 円 |
| | 年 月 分 | 点 | 円 | 年 月 分 | 点 | 円 |
| 不妊治療の内容 | <input type="checkbox"/> タイミング療法(不妊相談) <input type="checkbox"/> 薬物療法(内服・注射) <input type="checkbox"/> 腹腔(子宮)鏡手術 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> その他の手術() <input type="checkbox"/> 検査() <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| 院外処方の有無 | <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し | | | | | |

1 不妊治療に関する費用についてのみご記入ください。

2 文書料、入院費、食事代等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。

3 治療開始以後、助成を開始した月から2年間助成を受けることができます。