

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

〒
住 所
名 称
代表者
電話番号 () ー ⑩

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		
	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。