

一般不妊治療医療機関受診等証明書

令和 年 月 日

(あて先)加賀市長

〒
医療機関等 住 所
名 称
代表者
電話番号 () 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			令和 年 月 日 ~					
今回の証明に係る診療期間		令和 年 月 日 ~ 令和 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				
保険診療以外の不妊治療に係る本人負担(領収)金額 (ただし、体外受精・顕微授精の一環として行われたものを除く)				円				
本人負担額の内訳	区 分	保険診療分		保険診療以外の	区 分	保険診療分		保険診療以外の
		診療点数	本人負担金額	本人負担金額		診療点数	本人負担金額	本人負担金額
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	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"/> その他の手術() <input type="checkbox"/> 人工授精 <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 食事療養費標準負担額、個室料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。