

氷見市一般不妊治療費助成事業受診証明書

年 月 日

氷見市長 あて

医療機関名
所在地
主治医師名

下記の者は、次のとおり一般不妊治療（体外受精及び顕微授精を除く）を実施し、これに係る費用を領収したことを証明します。

		夫		妻	
受診者	ふりがな 氏名				
	生年月日	年 月 日		年 月 日	
今回の検査及び治療期間		年 月 日 ~		年 月 日	
今回の検査方法		夫の検査		妻の検査	
		<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 泌尿器科的検査 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> 内診・経膈超音波検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 血液検査（ホルモン検査等） <input type="checkbox"/> 腹腔鏡検査 <input type="checkbox"/> 子宮鏡検査 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
今回の治療方法		<input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 人工授精（ 回） <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
[今回の検査及び治療内容（特記事項があればご記入ください）]					
妊娠反応		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
本人負担金額の内訳	今回の検査及び治療に係る本人負担金額		保険診療	診療点数	点
				本人負担金額	① 円
			保険診療外	本人負担金額	② 円
	領収金額（医療機関における本人負担金額）合計 ①②の合計額			(ア)	円
	院外処方の有無			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（下段に本人負担金額をご記入ください）	
	院外処方における本人負担額			(イ)	円
	本証明書の発行に要した費用（文書料）			(ウ)	円
(ア) (イ) (ウ) の合計金額					円

注1) 夫と妻が同じ医療機関で受診した場合はまとめて記入してください。夫と妻が別々の医療機関で受診した場合はそれぞれの医療機関にて記入してください。当該受診者に対して行った一般不妊治療（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) 夫婦合算額を記入し、食事療養費、差額ベッド代など治療に直接関係のない費用は含まないでください。
 3) は該当する項目にチェックしてください。