

氷見市一般不妊治療費助成事業受診証明書

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。

年 月 日

医療機関 所在地
 名称
 医師名 ⑩

		夫	妻
受診者	氏名		
	生年月日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 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		
本人負担額の内訳	保険診療点数		点
	上記の本人負担額		円
	保険診療以外の本人負担額		円
院外処方	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

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てください。
 3 □は当該項目にチェックしてください。
 4 食事療養費、文書料、入院費、病衣費など治療に直接関係ない費用は対象外です。