

様式第2号（第7条第1項関係）

一般不妊治療医療機関受診等証明書

年 月 日

赤平市長様

医療機関等

所在地

名称

代表者氏名

電話番号

印

下記のとおり、一般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
貴医療機関における不妊治療開始年月日				
年 月 日 ~				
()年度における診療期間	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
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、体外受精及び顕微授精を除く）				円
本人負担額の内訳	区 分	保険診療分		保険診療以外の本人負担金額
		診療点数	本人負担金額	
	年 4月分	点	円	円
	年 5月分	点	円	円
	年 6月分	点	円	円
	年 7月分	点	円	円
	年 8月分	点	円	円
	年 9月分	点	円	円
	年 10月分	点	円	円
	年 11月分	点	円	円
	年 12月分	点	円	円
	年 1月分	点	円	円
	年 2月分	点	円	円
年 3月分	点	円	円	
治療の内容	<input type="checkbox"/> 検査（検査名： ） <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"/> 手術（ ） <input type="checkbox"/> 人工受精 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し			
妊娠成立の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 未確認		
出産の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 未確認		

- 1 一般不妊治療に関する費用についてのみご記入ください。
- 2 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。ただし、一般不妊治療医療機関受診等証明書に係る文書料は費用に含みます。
- 3 治療開始以後、助成を開始した月から5年間助成を受けることができます。
- 4 医療機関が発行した受診等証明書の「院外処方の有無」が「有り」の場合は、院外処方に要した費用も対象となります。（薬局が発行する同証明書、領収書の添付が必要です。）