

瀬戸市一般不妊治療費等助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療等（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費〔本人負担額〕を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()			
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)			
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日					
今回の治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日					
○ 当該患者が、今回行った一般不妊治療等について該当箇所に記入して下さい。（□は該当項目をチェックして） <input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 (回) <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> 人工授精 (回) <input type="checkbox"/> 手術療法（手術方法) <input type="checkbox"/> 妊娠有りの場合 (年 月 日確認) <input type="checkbox"/> その他 () ・ 院外処方の有無 (<input type="checkbox"/> 有り・ <input type="checkbox"/> 無し)							
本人負担額の内訳	区分	保険診療以外の本人負担額分			保険診療分		人工授精以外に係る薬局徴収分 (本人負担額⑤)
		人工授精		人工授精以外	医療費総額	本人負担額④	
		人工授精に係る医療費①	人工授精に係る薬局徴収分②	人工授精以外に係る医療費③			
	年 3月分	円	円	円	円	円	円
	年 4月分	円	円	円	円	円	円
	年 5月分	円	円	円	円	円	円
	年 6月分	円	円	円	円	円	円
	年 7月分	円	円	円	円	円	円
	年 8月分	円	円	円	円	円	円
	年 9月分	円	円	円	円	円	円
	年 10月分	円	円	円	円	円	円
	年 11月分	円	円	円	円	円	円
	年 12月分	円	円	円	円	円	円
	年 1月分	円	円	円	円	円	円
年 2月分	円	円	円	円	円	円	
小計	円	円	円	円	円	円	
〔今回の治療にかかった金額合計〕 領収金額				円 (上記本人負担額①~⑤の合計額)			

注1 当該患者に関して行った一般不妊治療等に係るもののみご記入ください。（体外受精、顕微授精は対象外）
 注2 「人工授精に係る医療費①」「人工授精に係る薬局徴収分②」には、事前検査として実施する精子の細菌学検査費用及びHIVなどの感染症検査費用、採精（事前採取も含む）費用、精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料（通常、人工授精施行当日に採取するが、夫の都合により人工授精当日に来院できない場合に限る）、精子の濃縮・洗浄等に要する費用、排卵誘発のためのHCG注射、精子を子宮内に注入するために要する費用、人工授精後、感染予防のため服用する抗生剤等が含まれます。
 注3 院外処方の有無が「有り」の場合、「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
 注4 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。
 注5 受診者氏名の夫及び妻は、事実婚関係にある者を含みます。