

不妊治療医療機関受診等証明書

年 月 日

内灘町長

医療機関等

住所

名称

印

電話番号

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	
貴医療機関における不妊治療開始年月日			年 月 日～				
今回の証明に係る診療期間			年 月 日～ 年 月 日				
保険診療に要した総点数		点		保険診療分本人負担(領収)金額		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	備考		
		診療点数	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				
不妊治療の内訳	☐ タイミング療法(不妊相談) ☐ 薬物療法(内服・注射) ☐ 腹腔(子宮)鏡手術 ☐ 人工授精 ☐ 検査(☐ その他(		☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 ☐ その他の手術(男性不妊の手術を含む) () () ()				
	院外処方の有無		☐ 有り ☐ 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 保険適用で行った治療費が助成の対象になります。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 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の添付が必要です。）。