

不妊治療医療機関受診等証明書

年 月 日

羽咋市長

医療機関所在地

名称

主治医氏名

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)			男・女	生年月日	年 月 日			
受診者氏名					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	保険診療分の領収（本人負担）金額			円		
保険診療以外の不妊治療に係る領収（本人負担）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	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			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
不妊治療の内容	☐ タイミング療法（不妊相談） ☐ 腹腔（子宮）鏡手術 ☐ 人工授精 ☐ 体外受精 ☐ 検査（ ☐ その他（ ☐ 薬物療法（内服・注射） ☐ その他の手術（ ☐ 顕微授精 ☐ 男性不妊治療 ☐ 男性不妊治療 ☐ その他（							
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 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 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。
- 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の添付が必要です）