

西尾市一般不妊治療等助成に係る受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療(またはその調剤)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)
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
人工授精の実施状況	人工授精開始年月日	年 月 日		
	人工授精実施回数	回		

当該患者が、今回行った不妊治療について該当箇所に記入して下さい。

- | | |
|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 | <input type="checkbox"/> 精液検査 |
| <input type="checkbox"/> タイミング療法 | <input type="checkbox"/> 精巣検査 |
| <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 (回) | |
| <input type="checkbox"/> 手術療法 (手術方法) | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

●院外処方の有無 (有り ・ 無し)

本人負担額の内訳	受診年月	医療機関徴収分			薬局徴収分		
		保険診療分	保険診療以外の本人負担額		保険診療分	保険診療以外の本人負担額	
		本人負担額①	人工授精分も含めた全体の金額②	人工授精に係るものみの金額	本人負担額③	人工授精分も含めた全体の金額④	人工授精に係るものみの金額
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	

[今回の治療にかかった金額合計]

領収金額 円
(①~④の合計額となります)

今回の申請に係る文書料

円 (年 月 日領収)

- 注 1.** 助成の対象となるのは、不妊検査、一般不妊治療及び人工授精のみです。(体外受精および顕微授精を除く)
*治療効果を確認するための検査その他治療の一環として行われる検査を含む。
文書料、食事代、個室料などの治療と直接関係のない費用は本人負担額の欄に含まないでください。
- 2.** 院外処方が「有り」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「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。
- 3.** 本証明書の文書料は「今回の申請に係る文書料」の欄に記入してください。