

知立市一般不妊治療費補助事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療(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。

令和 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	昭和 平成	年 月 日 (歳)	昭和 平成	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"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 (回) <input type="checkbox"/> 人工授精 (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 (<input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 無し)				
本人負担額の内訳	区分	医療機関が徴収した本人負担額		薬局が徴収した本人負担額
		保険診療分	保険診療以外	
	令和8年 3月分	円	円	円
	令和8年 4月分	円	円	円
	令和8年 5月分	円	円	円
	令和8年 6月分	円	円	円
	令和8年 7月分	円	円	円
	令和8年 8月分	円	円	円
	令和8年 9月分	円	円	円
	令和8年 10月分	円	円	円
	令和8年 11月分	円	円	円
	令和8年 12月分	円	円	円
	令和9年 1月分	円	円	円
年 月分	円	円	円	
合計金額	① 円	② 円	③ 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①~③の合計額となります。)				

- 注1 当該患者に関して行った不妊治療(体外受精及び顕微授精を除く。)に係るもののみご記入ください。
 注2 は該当項目をチェックしてください。
 注3 院外処方の有無が「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。
 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下さい。