

岩内町一般不妊治療受診等証明書

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

印

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

(フリガナ) 氏名	夫	( )	妻	( )
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		
検査・不妊治療の内容		<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査 <input type="checkbox"/> 手術療法 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 人工授精 (      回) <input type="checkbox"/> その他 (                                      )		
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額②
		医療費総額	本人負担額①	
	年4月分	円	円	円
	年5月分	円	円	円
	年6月分	円	円	円
	年7月分	円	円	円
	年8月分	円	円	円
	年9月分	円	円	円
	年10月分	円	円	円
	年11月分	円	円	円
	年12月分	円	円	円
	年1月分	円	円	円
	年2月分	円	円	円
年3月分	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①～②の合計となります。）		

注1 当該患者に関して行った不妊治療（生殖補助医療及び先進不妊治療を除く。）に係る費用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 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ものは含みません。