

飛島村一般不妊治療費助成事業受診等証明書

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。

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。)

(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)		
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日				
人工授精開始年月日 (実施の場合のみ記入)		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 (回) <input type="checkbox"/> タイミング療法 (回) <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 (回) <input type="checkbox"/> 精液検査 (回) <input type="checkbox"/> 精巣生検 (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	保険診療分		保険診療以外の本人負担額		人工授精以外に係る 院外薬局徴収分 (本人負担額) ⑤
		医療費総額	本人負担額 ①	人工授精		
			人工授精に係る 医療費 ②	人工授精に係る院 外薬局徴収分 ③	人工授精以外に 係る医療費 ④	
	年 3月分	円	円	円	円	円
	年 4月分	円	円	円	円	円
	年 5月分	円	円	円	円	円
	年 6月分	円	円	円	円	円
	年 7月分	円	円	円	円	円
	年 8月分	円	円	円	円	円
	年 9月分	円	円	円	円	円
	年10月分	円	円	円	円	円
	年11月分	円	円	円	円	円
	年12月分	円	円	円	円	円
	年 1月分	円	円	円	円	円
年 2月分	円	円	円	円	円	
小計	円	円	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①~⑤の合計額となります。)		

注1 当該患者に関して行った一般不妊治療 (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。
 2 「人工授精に係る医療費②」「人工授精に係る院外薬局徴収分③」には、事前検査として実施する精子の細菌学検査費用及びH I Vなどの感染症検査費用、採精 (事前採取も含む。)費用、精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料 (通常、人工授精施行当日に採取するが、夫の都合により人工授精当日に来院できない場合に限る。)、精子の濃縮、精子の洗浄等に要する費用、排卵誘発のためのHCG注射、精子を子宮内に注入するために要する費用、人工授精後、感染予防のため、服用する抗生剤等が含まれます。
 3 院外処方の有無が「有り」の場合、「院外薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
 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ください。