

一般不妊治療・不育症治療費補助金請求書に係る受診等証明書

下記の者について、次のとおり一般不妊治療・不育症治療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費の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)

所在地

名称

主治医氏名

受診者	夫	(ふりがな)	()	妻	(ふりがな)	()
		氏名			氏名	
		生年月日	年 月 日		生年月日	年 月 日
治療内容				一般不妊治療・不育症治療 (どちらか一方を○で囲んでください。)		
貴医療機関における治療開始年月日				年 月 日		
今診療年度(3月～翌年2月)の治療期間				年 月 日 ～ 年 月 日		
院外処方の有無				<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		
区分	診療年月	医療機関徴収分			薬局徴収分	
		保険診療		保険診療以外の 本人負担額	院内処方 本人負担額	院外処方 本人負担額 <small>(※横手市記載欄)</small>
医療費総額	本人負担額					
本人負担額の内訳	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
小 計	/	①	②	③	④	
今診療年度の不妊治療にかかった金額 (医療機関自己負担分)		⑤ (①+②+③)			円	/
※横手市記載欄		不妊治療自己負担額合計 (④+⑤)				円

備考

1. 当該患者に関して行った不妊検査、一般不妊治療及び人工受精または不育症治療に係る検査や治療についてご記入ください。なお、体外受精や顕微授精等の特定不妊治療は除いてください。
2. 院外処方の有無が「有」の場合、本人から院外処方薬に係る薬局の領収書を添付してもらいますので、本人負担額の内訳欄の薬局徴収分への記入は必要ありません。
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費用は含まないでください。
4. 「※横手市記載欄」は、市で記載します。