

広陵町一般不妊治療医療機関受診等証明書

医療機関の名称

所在地

主治医氏名

印

電話番号

次のとおり、一般不妊の治療を実施し、これに係る費用を領収したことを証明します。

受診者氏名		生年月日	年	月	日
配偶者 (パートナー)		生年月日	年	月	日
()年における診療期間	年	月	日	～	年 月 日
区分	保険診療分				保険診療外に係る 本人負担金額
	診療点数		本人負担額		
		外来分	入院分	外来分	入院分
	年 4 月 分	点	点	円	円
	年 5 月 分	点	点	円	円
	年 6 月 分	点	点	円	円
	年 7 月 分	点	点	円	円
	年 8 月 分	点	点	円	円
	年 9 月 分	点	点	円	円
	年 10 月 分	点	点	円	円
	年 11 月 分	点	点	円	円
	年 12 月 分	点	点	円	円
	年 1 月 分	点	点	円	円
年 2 月 分	点	点	円	円	
年 3 月 分	点	点	円	円	
合計	点	点	① 円	② 円	
総合計 (①+②+③)					円

チェック又は記入をしてください。	
保険診療	保険診療以外
<input type="checkbox"/> タイミング療法（不妊相談） <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 薬物療法（内服・注射） <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> フーナーテスト <input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査 <input type="checkbox"/> 卵管通気検査・通水検査 <input type="checkbox"/> 卵管鏡下卵管形成術（FT）・子宮鏡下術 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他（ ）
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
備考	

① 不妊治療に関する費用のみご記入ください。

② 入院時の差額ベッド代、食事代、文書料など直接治療に関係のない費用は対象となりません。

③ 医療機関が発行した受診証明書の「院外処方有無」が「有」の場合は、院外処方に要した費用も対象となります。院外処方に要した費用に関しては、本証明書の裏面【薬局の証明】が必要です。

④ 記入後に訂正が必要な場合、訂正はできませんので新しい用紙への記入が必要があります。

※ 証明内容について、本人に同意を得た上で、広陵町職員が問合せをする場合があります。

