

(様式第2号)(第6条関係)

不妊検査・一般不妊治療等主治医証明書

下記の者については、次のとおり不妊検査または一般不妊治療を実施し、これに係る医療費(実費負担分)を次のとおり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(主治医が記入してください。)

ふりがな			
受診者名	夫		妻
今回の検査・治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
検査・治療内容 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 不妊検査 <input type="checkbox"/> タイミング法(R4.4.1以降開始分のみ) <input type="checkbox"/> 人工授精		
今回の治療による 妊娠の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
人工授精実施日 (助成対象3回まで)	年 月 日	年 月 日	年 月 日
領収金額	①保険適用	円	
	②保険適用外	円	
	①+②医療機関領収金額計	円	
院外処方	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

※1) 当該患者に関して行った不妊検査・タイミング法(R4.4.1以降開始分のみ)・人工授精に係るものをご記入ください。

※2) 文書料、個室料、食事代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。

保健課処理欄

院外処方について

③院外処方計	円		
④県等助成額	<input type="checkbox"/> 申請済	助成金額	円 <input type="checkbox"/> 申請なし(0円)
⑤高額療養費	<input type="checkbox"/> あり	支給額	円 <input type="checkbox"/> 支給なし(0円)
合計金額	【今回の検査・治療の自己負担額(上記①+②+③から④+⑤をひいた額)上限10万円 不妊検査・一般不妊治療費 円		

(飯田市)