

鏡石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等を実施し、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

(ふりがな) 夫氏名	()	(ふりがな) 妻氏名	()	
生年月日	年 月 日(歳)	生年月日	年 月 日(歳)	
今回の証明に係る治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
不妊検査・ 治療の内容	<input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 (回) <input type="checkbox"/> その他 <div style="text-align: center; font-size: 2em;">[]</div>			
本人負担額 の内訳	区分	医療機関徴収分		薬局徴収分
		保険診療分		本人負担額 ②
		医療費総額	本人負担額①	
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
治療にかかった金額合計		領収金額 円 (①+②)		

- 注1 当該患者に関して行った不妊治療（特定不妊治療を除く。）に係るもののみご記入下さい。
 注2 □は該当項目をチェックし、その他の場合は具体的な内容を記入ください。
 注3 院外処方による薬局徴収分がある場合、「本人負担額②」へ薬局の領収書からの転記をお願いします。
 注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。