様式第２号（第６条関係）

一般不妊治療・検査受診等証明書

年　　月　　日

医療機関の所在地

医療機関の名称

代表者

主治医氏名　　㊞

下記の者については、一般不妊治療・検査を実施し、これに係る医療費の本人負担額を受領したことを証明します。

		氏　　名	生年月日
受診者	夫		年　月　日
	妻		年　月　日
診療開始日		年　月　日	
本年度治療期間		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ください。

□　不妊症スクリーニング検査　　□　精液検査
□　タイミング療法　　□　精巣生検
□　排卵誘発法（　　回）　　□　人工授精（　　回）
□　手術療法（手術方法　　）
□　その他（　　）

・院外処方の有無（　□　有り　・　□　無し　）

	区　分	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 ②	本人負担額 ※八峰町記載欄 ③
		医療費総額	本人負担額 ①		
本人負担額の内訳	年４月	円	円	円	円
	年５月	円	円	円	円
	年６月	円	円	円	円
	年７月	円	円	円	円
	年８月	円	円	円	円
	年９月	円	円	円	円
	年10月	円	円	円	円
	年11月	円	円	円	円
	年12月	円	円	円	円
	年１月	円	円	円	円
	年２月	円	円	円	円
	年３月	円	円	円	円
	小計		円	円	円
今年度の不妊治療にかかった金額（医療機関自己負担額）		④（①＋②）　　円			

※八峰町記載欄	不妊治療自己負担額合計（③＋④）　　円

１　一般不妊治療・検査に関する費用についてのみご記入ください。（体外受精、顕微授精は除く）
２　院外処方の有無が「有り」の場合、本人から薬局の領収書を添付してもらいますので、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ない費用は含まないでください。