

様式第3号(第7条関係)

愛西市一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療(又はその調剤)を実施し、これに係る医療(調剤)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(主治医がご記入ください。)

(フリガナ) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )		
受診者生年月日		年 月 日( 歳)		年 月 日( 歳)		
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日				
今回の治療期間		年 月 日～ 年 月 日				
治療を中断した期間※6		年 月 ～ 年 月				
治療を中断した理由※6						
○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下さい。 <input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査( 回) <input type="checkbox"/> 精液検査( 回) <input type="checkbox"/> 精巢生検( 回) <input type="checkbox"/> タイミング療法( 回) <input type="checkbox"/> 排卵誘発法( 回) <input type="checkbox"/> 人工授精( 回)人工授精開始年月日( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 手術療法(手術方法 ) <input type="checkbox"/> その他( )						
・院外処方の有無(□有り・□無し)						
本人負担額の内訳	区分	医療機関徴収分			薬局徴収分	
		医療費総額	保険診療分		本人負担額	
	① 本人負担額		② 人工授精 ※注5	③ ②以外の 不妊治療	④ 人工授精 ※注5	⑤ ④以外の 不妊治療
	年3月分	円	円	円	円	円
	年4月分	円	円	円	円	円
	年5月分	円	円	円	円	円
	年6月分	円	円	円	円	円
	年7月分	円	円	円	円	円
	年8月分	円	円	円	円	円
	年9月分	円	円	円	円	円
	年10月分	円	円	円	円	円
	年11月分	円	円	円	円	円
	年12月分	円	円	円	円	円
	年1月分	円	円	円	円	円
年2月分	円	円	円	円	円	
[今回の治療にかかった金額合計]						
領収金額			円(上記本人負担額①～⑤の合計額となります。)			

注1 当該患者に関して行った不妊治療(体外受精及び顕微授精を除く。)に係るもののみご記入ください。

2 □は該当項目をチェックしてください。

3 院外処方の有無が「有り」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。

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。

5 事前検査として実施する精子の細菌学検査費用及びHIVなどの感染症検査費用、採精(事前採取も含む)費用、精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料(通常、人工授精施行当日に採取するが、夫の都合により人工授精当日に来院できない場合に限る。)、精子の濃縮・精子の洗浄等に要する費用、排卵誘発のためのHCG注射等、精子を子宮内に注入するために要する費用、人工授精後の感染予防のため服用する抗生剤等を対象とします。

6 医師の診断に基づき、やむを得ず治療を中断した場合、治療を中断した旨及び治療中断の期間・理由の記載をしてください。