

田尻町総合的不妊不育治療医療機関等受診証明書

年 月 日

田尻町長 様

医療機関等所在地

名称

代表者氏名

（電話番号：

印

）

下記のとおり不妊症・不育症に関する検査・治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

フリガナ 受診者名			生年月日	年 月 日（ 歳）	
性別	男・女	医療機関における不妊症・不育症の治療等開始年月		年 月 日～	
年度における診療期間			年 月 日～ 年 月 日		
保険診療に要した 総得点	点	保険診療分の 負担金額	円	保険診療以外の 治療に係る負担金額	円
本人 負担 額 の 内 訳	区分	保険診療分		保険診療以外の診療分本人負担金	
		診療点数	本人負担金額		本人負担額
	年4月分	点	円		円
	5月分	点	円		円
	6月分	点	円		円
	7月分	点	円		円
	8月分	点	円		円
	9月分	点	円		円
	10月分	点	円		円
	11月分	点	円		円
	12月分	点	円		円
	年1月分	点	円		円
	2月分	点	円		円
	3月分	点	円		円
治療・ 検査の 内容	不妊症	<input type="checkbox"/> 検査名： <input type="checkbox"/> タイミング治療（不妊相談） <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 人工受精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微鏡受精 <input type="checkbox"/> 手術療法（方法： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	不育症	<input type="checkbox"/> 検査名：) <input type="checkbox"/> 薬物療法（内服・注射） <input type="checkbox"/> 手術療法（方法：) <input type="checkbox"/> その他（)			
	院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

- 不妊症、不育症に関する検査及び治療費用についてのみご記入ください。
（※入院費、食事代等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。）
- 女性につきましては、治療開始日が**43歳未満**の方の検査・治療に係る費用の助成を受けることができます。
- 院外処方の有無が「有」の場合は院外処方に要した費用も対象となります。その場合、薬局が発行する同証明書の添付が必要です。