様式第２号（第６条関係）

能代市一般不妊治療費助成事業医療機関受診証明書

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、不妊治療によらなければ妊娠の見込みがない又は極めて少ないと思われるため、一般不妊治療を実施し、これに係る医療費の本人負担額を徴収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	
今回の治療期間		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　）

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		保険診療以外の本人負担額　②	本人負担額　③
		医療費総額	本人負担額　①		
	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
	本人負担総額（①＋②＋③）		円		

１　一般不妊治療（検査を含む）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。

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。