

様式第2号(第5条関係)

北斗市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



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			
検査・不妊治療の内容	<input type="checkbox"/> 体外受精	<input type="checkbox"/> 精巣内精子採取	<input type="checkbox"/> 精液検査		
	<input type="checkbox"/> 顕微授精	<input type="checkbox"/> 人工授精( 回)	<input type="checkbox"/> ホルモン検査		
	<input type="checkbox"/> 胚移植	<input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 薬物療法		
	<input type="checkbox"/> 胚培養	<input type="checkbox"/> タイミング療法	<input type="checkbox"/> 排卵誘発法		
	<input type="checkbox"/> 胚凍結保存	<input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査	<input type="checkbox"/> 手術療法		
	<input type="checkbox"/> 採卵	<input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査	<input type="checkbox"/> その他( )		
院外処方の有無		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し			
本人負担額の内訳	区分	医療機関徴収分		薬局徴収分	
		保険診療分			本人負担額 ②
		医療費総額	本人負担額 ①		
	年4月分	円	円	円	
	年5月分	円	円	円	
	年6月分	円	円	円	
	年7月分	円	円	円	
	年8月分	円	円	円	
	年9月分	円	円	円	
	年10月分	円	円	円	
	年11月分	円	円	円	
	年12月分	円	円	円	
	年1月分	円	円	円	
年2月分	円	円	円		
年3月分	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・②の合計となります。)			

- 注1 当該患者に関して行った不妊治療に係る費用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「薬局分」も記入してください。
- 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。