

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		
先進不妊治療の有無		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し ※有りの場合は、別紙もご記入してください。			
〔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。

様式第2号(第5条関係)

(別紙) 先進不妊治療における受診等証明書

下記の者については、先進医療技術となっている不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

医療機関記入欄 (主治医が記入すること)

(ふりがな) 受診者氏名	()	()
受診者生年月日	夫 年 月 日 (歳)	妻 年 月 日 (歳)
今回の治療方法 (注1)	先進医療A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	先進医療B	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
今回の治療期間 (注2)	年 月 日 ~ 年 月 日	
領 収 金 額	治療にかかった金額合計 (※保険外診療に限る)	
	先進医療分 ※詳細は裏面	領収金額 _____ 円

(注1) 治療方法については、厚生労働省が先進医療技術として公表されているものを記載してください。

(注2) 治療期間については、治療計画を作成した日から妊娠確認日までを記載してください。

<金額内訳>

	受診日	検査・治療項目	金額
1	年 月 日		円
2	年 月 日		円
3	年 月 日		円
4	年 月 日		円
5	年 月 日		円
6	年 月 日		円
7	年 月 日		円
8	年 月 日		円
9	年 月 日		円
10	年 月 日		円
11	年 月 日		円
12	年 月 日		円
13	年 月 日		円
14	年 月 日		円
15	年 月 日		円
計			円