一般不妊治療医療機関受診等証明書

年　　月　　日

（宛先）津幡町長

医療機関等
住所
名称　　印
代表者
電話番号

下記のとおり、不妊治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

（ふりがな） 受診者氏名		男・女	生年月日	年　　月　　日
貴医療機関における不妊治療開始年月日		年　　月　　日　～		
今回の証明に係る診療期間		年　　月　　日～　　年　　月　　日		
保険診療に要した総点数	点	保険診療分の本人負担（領収）金額	円	
保険診療以外の不妊治療に係る本人負担（領収）金額（ただし、体外受精・顕微授精を除く。）			円	

	区　分	保険診療分		保険診療以外の本人負担金額
		診療点数	本人負担金額	
本人負担額の内訳	年　　月分	点	円	円
	年　　月分	点	円	円
	年　　月分	点	円	円
	年　　月分	点	円	円
	年　　月分	点	円	円
	年　　月分	点	円	円
	年　　月分	点	円	円
	年　　月分	点	円	円
	年　　月分	点	円	円
	年　　月分	点	円	円
	年　　月分	点	円	円
	年　　月分	点	円	円
不妊治療の内容	□　タイミング療法（不妊相談） □　薬物療法（内服・注射） □　腹腔（子宮）鏡手術　　□　その他の手術（　　） □　人工授精 □　検査（　　） □　その他（　　）			
院外処方の有無	□　有り　　□　無し			

1　不妊治療に関する費用についてのみご記入ください。

2　文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。

3　治療開始以後、助成を開始した月から２年間助成を受けることができます。

4　医療機関が発行した受診等証明書の「院外処方の有無」が「有り」の場合は、院外処方に要した費用も対象となります。（薬局が発行する同証明書の添付が必要です）