

岩見沢市不妊治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

医療機関（又は薬局）の名称

医療機関（又は薬局）の所在地

主治医（又は薬剤師）氏名

印

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、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）費の本人負担額を徴収したことを証明します。

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。薬局の場合は太枠のみご記入ください。）

(ふりがな) 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診療開始日		年 月 日			
今回の治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
今回の治療内容		<input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> 生殖補助医療（男性不妊治療を除く） 通算 回（1子ごと） <input type="checkbox"/> 生殖補助医療（男性不妊治療） ※一般不妊治療と生殖補助医療は各1枚ずつ記載してください。 ※一般不妊治療は1年間（1月～12月）に1回、生殖補助医療は1回の治療につき1回の申請となります。			
・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（又は薬局）徴収分 ※保険診療のみ			本人負担額
		医療（又は調剤）費総額	高額療養給付額		
	年 1月分	円	<input type="checkbox"/> 該当有	円	円
	年 2月分	円	<input type="checkbox"/> 該当有	円	円
	年 3月分	円	<input type="checkbox"/> 該当有	円	円
	年 4月分	円	<input type="checkbox"/> 該当有	円	円
	年 5月分	円	<input type="checkbox"/> 該当有	円	円
	年 6月分	円	<input type="checkbox"/> 該当有	円	円
	年 7月分	円	<input type="checkbox"/> 該当有	円	円
	年 8月分	円	<input type="checkbox"/> 該当有	円	円
	年 9月分	円	<input type="checkbox"/> 該当有	円	円
	年 10月分	円	<input type="checkbox"/> 該当有	円	円
	年 11月分	円	<input type="checkbox"/> 該当有	円	円
	年 12月分	円	<input type="checkbox"/> 該当有	円	円
合 計		円	円		円
領収金額					円（上記本人負担額の合計額となります。）
※薬局のみご記入ください。 処方依頼のあった医療機関名					

注 当該患者に関して行った不妊治療に係るもののみご記入ください。