

美唄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)の氏名

印

次の者について、医療保険の対象となる不妊治療(又は調剤)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。

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                        |                                |            |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------|------------|
| (ふりがな)<br>受診者氏名 | 夫                                                                                                                                                                                                                                                 | ( )                                                    | 妻                              | ( )        |
| 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 日から 年 月 日まで                                        |                                |            |
| 今回の治療内容         | <input type="checkbox"/> 一般不妊治療<br><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)<br><input type="checkbox"/> 生殖補助医療(男性不妊治療)<br>※「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。<br>※特別な場合を除き、一般不妊治療は、1年間(1月から12月まで)に1回、<br>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 <input type="checkbox"/> 無し |                                |            |
| 本人負担額の<br>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          |
|                 | 文 書 料                                                                                                                                                                                                                                             |                                                        |                                |            |
| 合 計             | 円                                                                                                                                                                                                                                                 | 円                                                      | 円                              |            |

※以下、薬局のみ記載してください。

処方依頼のあった医療機関名