様式第５号（第５条関係）

大仙市一般不妊治療費助成事業医療機関受診証明書

年　　月　　日

医療機関の所在地

医療機関の名称

主治医氏名

下記の者については、一般不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

		氏　　名	生年月日
受診者	夫		年　　月　　日
	妻		年　　月　　日
本年度治療期間		年　　月　　日　～　　年　　月　　日	

○当該患者が、今回行った不妊治療について該当箇所に記入してください。

☐　不妊症スクリーニング検査　　☐　精液検査

☐　タイミング療法　　☐　精巣生検

☐　薬物療法　　☐　人工授精（　　回）

☐　手術療法（手術方法　　）

☐　その他（　　）

院外処方の有無（☐ 有り　・　☐ 無し）　　妊娠判定結果（ ☐ 陽性 ・ ☐ 陰性 ）

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		保険診療以外の本人負担額　②	本人負担額③ ※市記入
		医療費総額	本人負担額　①		
	年　月分	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円
	小計		円	円	
	本人負担総額（①＋②＋③）		円		

１　一般不妊治療（検査を含む）に関する費用についてのみご記入ください。（体外受精、顕微授精は除く）

２　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ない費用は含まないでください。

３　「※市記入」欄は、市が記入します