様式第５号（別表関係）

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。

受診者	氏　　名		生年月日
	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 本人負担額　①	保険診療以外の 本人負担額　②	本人負担額③ ※市記入
	年　月分	円	円	円
	年　月分	円	円	円
	年　月分	円	円	円
	年　月分	円	円	円
	年　月分	円	円	円
	年　月分	円	円	円
	年　月分	円	円	円
	年　月分	円	円	円
	年　月分	円	円	円
	年　月分	円	円	円
	年　月分	円	円	円
	年　月分	円	円	円
	小計	円	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。