

能美市子宝支援給与金医療機関証明書(一般不妊医療)

年 月 日

能美市長 宛て

〈医療機関等〉

住 所：

名 称：

代 表 者：

電話番号：

次のとおり、一般不妊治療を実施し、これに係る治療費等を徴収したことを証明します。

(フリガナ) 受診者氏名		男・女	生年月日	年 月 日	
本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	
本人負担額の 内訳	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		
	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	<input type="checkbox"/> タイミング療法(不妊相談) <input type="checkbox"/> 薬物療法(内服・注射) <input type="checkbox"/> 腹腔(子宮)鏡手術 <input type="checkbox"/> その他の手術() <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 検査() <input type="checkbox"/> その他()				
	院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 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 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。)