

須崎市不妊治療費助成医療機関受診等証明書

年 月 日

須崎市長 様

所 在 地

医療機関名

主治医氏名 ⑩

下記の者に対し、必要と認める一般不妊治療を実施し、これに係る治療費を受診者から受領したことを証明します。

受診者	夫	ふりがな		妻	ふりがな	
		氏名			氏名	
		生年月日	年 月 日		生年月日	年 月 日
貴医療機関における治療開始年月日			年 月 日			
本年度治療期間			年 月 日 ~ 年 月 日			
治療の内容 (チェック又は記入をしてください。)		☐ タイミング療法				
		☐ 薬物療法				
		☐ 人工授精【 回】				
		☐ 手術療法【内容 】【 回】				
		☐ その他				
		()				
院外処方の有無		有 ・ 無				
区分	診療年月(4月~翌3月診療分で1年度です。)	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	院外処方※ 本人負担額	
		医療費総額	本人負担額			
本人負担額	年 4月分	円	円	円	円	
	年 5月分	円	円	円	円	
	年 6月分	円	円	円	円	
	年 7月分	円	円	円	円	
	年 8月分	円	円	円	円	

の 内 訳	年 9 月分	円	円	円	円
	年 1 0 月分	円	円	円	円
	年 1 1 月分	円	円	円	円
	年 1 2 月分	円	円	円	円
	年 1 月分	円	円	円	円
	年 2 月分	円	円	円	円
	年 3 月分	円	円	円	円
	小計		① 円	② 円	③ 円
今年度の不妊治療にかかった金額（医療機関自己負担額）	④（①＋②） 円				
※須崎市記載欄	不妊治療自己負担額合計（③＋④） 円				

- 1 一般不妊治療に関する費用についてのみご記入ください。（体外受精・顕微授精は除いてください）
- 2 院外処方が「有」の場合、薬局徴収分への記入は必要ありません。
- 3 入院時食事療養費・差額ベッド代・文書料等は助成対象外です。
- 4 ※印は須崎市で記載します。