

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

印

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)		<input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 人工授精【 回】 <input type="checkbox"/> 手術療法【内容】 <input type="checkbox"/> その他 []				
院外処方の有無		有 ・ 無				
区分	診療年月 3月～翌2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		院外処方* 本人負担額
		医療費総額	本人負担額	本人負担額		
本人負担額の 内訳	年 3月分	円	円	円	円	
	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	
	年 9月分	円	円	円	円	
	年10月分	円	円	円	円	
	年11月分	円	円	円	円	
	年12月分	円	円	円	円	
	年 1月分	円	円	円	円	
	年 2月分	円	円	円	円	
小計		①	円	②	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・差額ベット代・文書料等は助成対象外です。
- 4 ※印は須崎市で記載します。