

福山市一般不妊治療費助成申請に係る証明書

次の者は、一般不妊治療(又はその調剤)を実施し、これに係る医療費(調剤費を含む。)の本人負担額を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関

住 所

電 話 番 号

医療機関名

代 表 者

印

(ふりがな) 受診者名前	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
この申請に係る治療開始日 複数ある場合は列記する。	年 月 日			
不妊治療の内容	○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。 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 (回) <input type="checkbox"/> 薬物療法 (内服・注射) (回) <input type="checkbox"/> その他の手術 (手術方法) <input type="checkbox"/> 検査 (治療開始後の治療の一環によるものに限る。) <input type="checkbox"/> その他 () ・院外処方の有無 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)			
本人負担額等の内訳	区 分	医療機関徴収分		
		保険診療分		保険診療以外の本人負担額
		医療費(調剤費を含む。)総額	本人負担額	
	年 1月分	円	円	円
	年 2月分	円	円	円
	年 3月分	円	円	円
	年 4月分	円	円	円
	年 5月分	円	円	円
	年 6月分	円	円	円
	年 7月分	円	円	円
	年 8月分	円	円	円
	年 9月分	円	円	円
	年10月分	円	円	円
	年11月分	円	円	円
年12月分	円	円	円	
計		① 円	② 円	
[今回の治療に要した金額合計]				
領収金額		円 (上記本人負担額 ① と ② の合計額)		

注1 当該患者に関して行った一般不妊治療(体外受精及び顕微授精を除く。)に係るもののみ記入してください。

2 □は該当項目をチェックしてください。

3 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はない費用は含めないでください。