

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 ※助成する年度の初日を含む年の1月から12月までの1年間に行った一般不妊治療が助成対象となりますので、この期間における治療開始日を記載してください。			
不妊治療の内容	<input type="checkbox"/> 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 1 0 月分	円	円	円
	年 1 1 月分	円	円	円
年 1 2 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。