

別記様式第2号（第6条関係）

一般不妊治療医療機関等証明書

年 月 日

苫前町長 宛

医療機関等

所在地

名称

代表者

電話番号

印

下記のとおり不妊治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

受療者氏名		男・女	生年月日	年 月 日	
病名(不妊症の原因疾患名)			不妊治療開始年月日	年 月 日	
年度における診療期間 年 月 日 から 年 月 日 まで					
保険診療に要した総点数	点	保険診療分の本人負担(領収)額		円	
人工授精に係る本人負担(領収)金額				円	
保 険 診 療 分			人工授精の 本人負担額	診 療 実日数	
区 分	診療点数	負担金額			
本 人 負 担 額 等 の 内 訳	年 月分	点	円	円	日
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
不妊治療の内容	<input type="checkbox"/> タイミング療法(不妊相談) <input type="checkbox"/> 排卵誘発法(内服・注射) <input type="checkbox"/> 腹腔鏡手術 <input type="checkbox"/> その他の手術() <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 検査(治療の一環によるものに限る) <input type="checkbox"/> その他()				

注1 院外処方がある場合は、医療機関と薬局それぞれに証明書を作成してください。

2 文書料、個室料等の直接的な治療費でない費用は、含まないでください。