

中頓別町不妊治療費助成医療機関受診証明書

申請者記入欄	（フリガナ） 受診者氏名	（ ）	生 年 月 日	昭・平 年 月 日（ ）歳
	（フリガナ） 配偶者氏名	（ ）		昭・平 年 月 日（ ）歳
	住 所	〒 枝幸郡中頓別町字 TEL		

申請者について下記事項の証明をお願いします。

主治医記入欄	診療開始日	年 月 日	診断名		
	診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	治療方法	該当する項目の□に✓を記入してください。			
		<input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精			
	治療内容	※該当する治療ステージに○を付けてください。【A・B・C・D・E・F】			(精子回収の有無)
男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください。			1.有 2.無		
治療を中断した場合は、その経過について記入してください。					
上記のとおり不妊治療を実施しました。					
年 月 日					
医療機関名					
主治医氏名					
印					

医療機関記入欄		保険薬局記入欄	
医療費	保険診療総点数 _____ 点	薬剤費	保険診療総点数 _____ 点
	A: 被保険者負担額 _____ 円		A: 被保険者負担額 _____ 円
	B: 保険診療適用外負担額 _____ 円		B: 保険診療適用外負担額 _____ 円
	C: 受診者からの領収額合計 (A+B) _____ 円		C: 受診者からの領収額合計 (A+B) _____ 円
上記のとおり証明します。		上記のとおり証明します。	
年 月 日		年 月 日	
医療機関の所在地、名称又は氏名		保険薬局の所在地、名称又は氏名	

※ 申請者が記入してください。

不妊治療医療費のうち自己負担額の内訳

治療年月	自己負担額	治療の種類（※）	備考
年 月	円	1 ・ 2 ・ 3	
年 月	円	1 ・ 2 ・ 3	
年 月	円	1 ・ 2 ・ 3	
年 月	円	1 ・ 2 ・ 3	
年 月	円	1 ・ 2 ・ 3	
年 月	円	1 ・ 2 ・ 3	
年 月	円	1 ・ 2 ・ 3	
年 月	円	1 ・ 2 ・ 3	
年 月	円	1 ・ 2 ・ 3	
年 月	円	1 ・ 2 ・ 3	
年 月	円	1 ・ 2 ・ 3	
年 月	円	1 ・ 2 ・ 3	
年 月	円	1 ・ 2 ・ 3	
年 月	円	1 ・ 2 ・ 3	
年 月	円	1 ・ 2 ・ 3	
合計	円		

上記の自己負担額の領収書（特定不妊治療の場合は領収書の写し）を申請時に必ず提出してください。

なお、食事療養費や入院に伴う差額室料（個室料）及び文書料等、不妊治療と直接関係がない費用は助成の対象となりません。

※ 治療の種類の内訳

- 1 一般不妊治療
- 2 特定不妊治療（体外受精及び顕微授精）
- 3 男性不妊治療（精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術）