

例

鏡石町一般不妊治療受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療等を実施し、これに係る医療費（本人負担額）を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

* 医療機関記入欄

(ふりがな) 夫氏名	()	(ふりがな) 妻氏名	()	
生年月日	年 月 日(歳)	生年月日	年 月 日(歳)	
今回の証明に係る治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
不妊検査・ 治療の内容	<input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 (回) <input type="checkbox"/> その他 {			
	院内処方：医療機関で記載 院外処方：本人負担額②、領収金額（※）を空欄のまま、患者様へお渡してください。患者様へは、ご自身で院外薬局へ記載依頼をするようお願いください。 その際、領収金額（※）は町で記載致します。			
本人負担額 の内訳	区分	医療機関徴収分		薬局徴収分
		保険診療分		本人負担額 ②
		医療費総額	本人負担額①	
	R7年 4月分			
	年 7月分			
	年 8月分			
	年 9月分			
年 10月分				
年 11月分				
治療にかかった金額合計		領収金額※ 円 (①+②)		

治療継続中であっても6ヵ月目が治療最終月となります。

1回の申請は6ヵ月分ですが、受診しない月があれば、その月は含めません。

- 注1 当該患者に関して行った不妊治療（特定不妊治療を除く。）に係るもののみご記入下さい。
 注2 □は該当項目をチェックし、その他の場合は具体的な内容を記入ください。
 注3 院外処方による薬局徴収分がある場合、「本人負担額②」を院外薬局に記載してもらう必要があります。
 注4 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まないでください。
 注5 一度に申請可能な治療期間は枠内の6ヵ月分となります。なお、治療期間6ヵ月分の最終月（網かけの枠）から6ヵ月以内が申請期限のため、速やかな証明書発行をお願い致します。
 注6 助成の対象となる治療期間のうち、福島県不妊治療支援事業助成を受ける当該医療費は、本証明書に含めないでください。