

第1号様式（第4条第2項及び第5条第1項第2号）

不妊治療等に係る費用の助成事業受診証明書

大網白里市長 金坂 昌典 様

保険医療機関等

所在地

名称

主治医氏名

印

(薬剤師氏名)

(自署の場合は押印省略可)

下記のとおり、受診者に対し不妊治療を行ったことを証明します。

受診者	フリガナ 氏名				
	生年月日	年 月 日	年 月 日		
今回の治療内容等 ※保険適用に該当する内容		<input type="checkbox"/> 不妊検査（不妊治療費等を伴わない不妊症を診断するための検査を除く。） <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 採卵・採精 <input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精 <input type="checkbox"/> 受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 胚凍結保存 <input type="checkbox"/> 胚移植 <input type="checkbox"/> 男性に対する治療 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
院外処方の有無		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
今回の治療期間		不妊治療等に要した費用		文書料及び個室料	合計
		保険点数	保険適用の不妊治療等に係る自己負担分	等で不妊治療費等に直接関係のない費用	保険点数 領収金額
	月 日～				点
	月 日	点	円	円	円
	月 日～				点
	月 日	点	円	円	円
	月 日～				点
月 日	点	円	円	円	
月 日～				点	
月 日	点	円	円	円	
合計金額			円(A)		
不妊治療費等に係る費用の助成事業受診証明書文書料					円(E)

注) 本受診証明書は、1年度ごと(4月1日～翌年3月31日)に作成するものとする。