

岡崎市一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり人工授精を実施し、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。

平成 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 (主治医がご記入ください。)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		昭和 平成 年 月 日 (歳)		昭和 平成 年 月 日 (歳)
貴医療機関における治療開始年月日		平成 年 月 日		
今回の治療期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
・人工授精 (回)				
・院外処方の有無 (<input type="checkbox"/> 有り・ <input type="checkbox"/> 無し)				
本人負担額の内訳	区分	実費 (保険適用外) 負担額		
		医療機関徴収分 ①	薬局徴収分 ②	
	年 3月分	円	円	
	年 4月分	円	円	
	年 5月分	円	円	
	年 6月分	円	円	
	年 7月分	円	円	
	年 8月分	円	円	
	年 9月分	円	円	
	年10月分	円	円	
	年11月分	円	円	
	年12月分	円	円	
	年 1月分	円	円	
年 2月分	円	円		
今回の治療結果 該当番号に○印 (1)妊娠した (2)妊娠せず (3)治療中止 (4)その他 ()				
[今回の治療にかかった金額合計]				
領収金額		円 (上記本人負担額①②の合計額)		

注1 当該患者に関して行った人工授精 (保険適用外の本人負担額) に係るもののみご記入ください。
 注2 院外処方の有無が「有り」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
 注3 文書料、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。