

## 生駒市一般不妊治療医療機関受診等証明書

(宛先) 生 駒 市 長

令和      年      月      日

医療機関の名称  
所在地  
主治医氏名  
電話番号

次のとおり、一般不妊の治療を実施し、これに係る費用を領収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名		男・女	生年月日	年 月 日		
( )年における診療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
本人負担額の 内訳	区 分	保 険 診 療 分				保険診療外に係る 本人負担金額
		診 療 点 数		本人負担金額		
		外来分	入院分	外来分	入院分	
	令和 年1月分	点	点	円	円	円
	令和 年2月分	点	点	円	円	円
	令和 年3月分	点	点	円	円	円
	令和 年4月分	点	点	円	円	円
	令和 年5月分	点	点	円	円	円
	令和 年6月分	点	点	円	円	円
	令和 年7月分	点	点	円	円	円
	令和 年8月分	点	点	円	円	円
	令和 年9月分	点	点	円	円	円
	令和 年10月分	点	点	円	円	円
令和 年11月分	点	点	円	円	円	
令和 年12月分	点	点	円	円	円	
合計	点	点	① 円	② 円	③ 円	
総合計(①+②+③)		円				
検 査 ・ 不 妊 治 療 内 容	チェック又は記入をしてください。					
	保 険 診 療			保 険 外 診 療		
	<input type="checkbox"/> タイミング療法(不妊相談) <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 薬物療法(内服・注射) <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> フーナーテスト <input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査 <input type="checkbox"/> 卵管通気検査・通水検査 <input type="checkbox"/> 卵管鏡下卵管形成術(FT)・子宮鏡下術 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他( )		
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し					
備 考						

1. 不妊治療に関する費用についてのみ御記入ください。
2. 食事療養費標準負担額、個室料等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。
3. 医療機関が発行した受診等証明書の「院外処方有無」が「有り」の場合は、院外処方に要した費用も対象となります。  
(薬局が発行する同証明書の添付が必要です。)
4. 記入後に訂正が必要な場合、訂正はできませんので新しい用紙への記入が必要となります。