様式第２号(第５条関係)

年　　月　　日

(医療機関)　所在地

名称

主治医氏名　　　　　　　　　　　　　印

岩泉町不妊治療医療機関受診等証明書

下記の者について、次のとおり不妊治療（その検査等に要する調剤を含む。）を実施し、これに要する医療費に係る自己負担額を徴収し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 |
| 医療機関における治療開始年月日 | 年　　月　　日 |
| 今回の治療期間 | 　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| 【当該受診者が、今回行った不妊治療について該当箇所に記入してください。】 |
| □一般不妊治療（以下内訳）□不妊症スクリーニング検査□精液検査　　　□タイミング療法 □排卵誘発法　　□人工授精　　　□手術療法□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | □特定・男性不妊治療（以下内訳）□体外受精に伴う保険適用の治療□顕微授精に伴う保険適用の治療□男性不妊手術に伴う保険適用の治療 |
| ・院外処方の有無（□あり・□なし） |
| 区分 | 診療年月 | **保険診療分** |
| 医療機関徴収分（院内処方分含む） | 薬局徴収分（院外処方分）※町記載欄 |
| 医療費総額 | 自己負担額 | 自己負担額 |
| 本人負担額の内訳 | 年　月分 | 　 | 　 | 　 |
| 年　月分 | 　 | 　 | 　 |
| 年　月分 | 　 | 　 | 　 |
| 年　月分 | 　 | 　 | 　 |
| 年　月分 | 　 | 　 | 　 |
| 年　月分 | 　 | 　 | 　 |
| 年　月分 | 　 | 　 | 　 |
| 年　月分 | 　 | 　 | 　 |
| 年　月分 | 　 | 　 | 　 |
| 年　月分 | 　 | 　 | 　 |
| 年　月分 | 　 | 　 | 　 |
| 年　月分 | 　 | 　 | 　 |
| 小計 | 　 |  |  |
| 当証明書代 |  |  |  |
| ※町記載欄 | 不妊治療自己負担額合計（①＋②）　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

備考

１　当該受診者に関して行った不妊治療（保険適用分）に係るもののみご記入ください。

　　　（パートナーとの合算ではなく、受診者（被保険者）ごとに記入してください。）

２　□は該当項目にチェックしてください。

３　院外処方の有無が「あり」の場合、本人から院外処方薬に係る薬局の領収書を添付してもらいますので、本人負担額の内訳欄の薬局徴収分への記入は必要ありません。

４　文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な医療費ではない費用は含めないでください。