

様式第1号の1(第7条関係)

鏡野町こうのとりの支援事業（一般不妊治療）受診証明書

下記の者について、一般不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

主治医氏名

㊦

記

受診者	夫	氏 名		生年月日	年 月 日
	妻	氏 名		生年月日	年 月 日
不妊治療を必要とした理由					
今回の治療方法			該当する番号に○をつけてください。 1 不妊症の検査 2 一般不妊治療（タイミング法、人工授精等） 3 その他（ ）		
今回の治療内容					
院外処方の有無			有 ・ 無		
今回の治療期間			年 月 日 ～ 年 月 日		
領 収 金 額 (診療費等) (※)			[今回の治療にかかった医療費（自己負担額）合計] 領収年月日 年 月 日～ 年 月 日 領収金額 円（内保険適用分 円） (他医療機関実施分※1 領収金額 円（内保険適用分 円）		

(※) 領収金額には、医療保険の適用にかかわらず一般不妊治療に関する治療費及び検査料の自己負担額をいいます。ただし、入院費、食事代、文書料や個室料など直接治療に関係ないものは含まれません。

(※1) 主治医の治療方針に基づき、他の医療機関で不妊治療を行った場合は、患者から他医療機関に支払った領収書の提示を受け、主治医が金額を記入してください。