

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					
自己負担額請求時の限度額認定証又はマイナ保険証提示の有無			有 ・ 無	→「有」の場合 ①適用区分（ ） ②高額療養費を適用した年月 （ 年 月分、 年 月分、 年 月分）	
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）		

(※) 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（一般不妊治療に係る先進医療も含む）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。