

年 月 日

高知県安芸郡芸西村長 様

所在地  
医療機関名  
主治医氏名

印

下記のとおり、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。

受診者氏名		男・女	生年月日	
貴医療機関における一般不妊治療開始年月日		年	月	日
( )年度における診療期間		年	月	日～ 年 月 日
保険診療に要した総点数				点
保険診療分の本人負担(領収)金額				円
保険診療以外の治療本人負担(領収)金額				円
本人負担額の内訳	区分	保険診療分		保険診療以外の本人負担額
		診療点数	本人負担額	
	4月分	点	円	円
	5月分	点	円	円
	6月分	点	円	円
	7月分	点	円	円
	8月分	点	円	円
	9月分	点	円	円
	10月分	点	円	円
	11月分	点	円	円
	12月分	点	円	円
	1月分	点	円	円
	2月分	点	円	円
3月分	点	円	円	
治療の内容	不妊症	該当する番号に○を付けてください。 1. 検査名(検査名 ) 2. タイミング療法(不妊相談)      3. 薬物療法(内服・注射) 4. 手術( )      5. 人工授精 6. その他( )		
	不育症	該当する番号に○を付けてください。 1. タイミング療法(不妊相談)      2. 薬物療法(内服・注射) 3. 手術( ) 4. その他( )		
院外処方の有無	1. 有      ・      2. 無			
妊娠成立の有無	1. 有      ・      2. 無      ・      3. 未確認			
出産の有無	1. 有      ・      2. 無      ・      3. 未確認			

◎一般不妊治療(不育治療含む)に関する費用についてのみご記入ください。

◎入院費、食事代等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。