

年 月 日

(医療機関)所在地

名称

主治医氏名

次のとおり一般不妊治療・検査を実施し、これに係る医療費の本人負担額を受領したことを証明します。

受診者	夫	(ふりがな) 氏名	生年月日	年	月	日
	妻	(ふりがな) 氏名	生年月日	年	月	日
貴医療機関における治療開始日			年	月	日	
今回の治療期間			年	月	日	～ 年 月 日
検査・治療の内容 チェック又は記入 〔をしてください。〕	検査内容	<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
		治療内容	<input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 手術療法 (内容: ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	院外処方の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
区分	診療年月	医療機関徴収分				薬局徴収分
		保険診療		保険診療以外の 本人負担額	院内処方 本人負担額	院外処方 本人負担額 <small>※湯沢市記載欄</small>
医療費総額	本人負担額					
本人負担額の内訳	年 月分	円	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円	円
	小 計		① 円	② 円	③ 円	④ 円
今回の不妊治療にかかった金額 (医療機関自己負担額)		⑤ (①+②+③) 円				

※湯沢市記載欄	不妊治療自己負担額合計 (④+⑤) 円
---------	---------------------

- 1 一般不妊治療に関する費用についてのみご記入ください。(特定不妊治療は除いてください。)
- 2 院外処方の有無が「有」の場合、本人から薬局の領収書を添付してもらいますので、薬局徴収分への記入は必要ありません。
- 3 入院時食事療養費・差額ベット代・文書料等は助成対象となりません。
- 4 「※湯沢市記載欄」は、市で記載します。