

## 犬山市一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費〔本人負担額〕を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地  
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )			
受診者生年月日		年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)			
貴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					
○当該患者が、今回行った不妊治療について該当箇所に記入して下さい。 <input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 ( 回) <input type="checkbox"/> 精液検査 ( 回) <input type="checkbox"/> タイミング療法 ( 回) <input type="checkbox"/> 精巣生検 ( 回) <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 ( 回) <input type="checkbox"/> 人工授精 ( 回) <input type="checkbox"/> 手術療法 (手術方法 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )							
・院外処方の有無 ( <input type="checkbox"/> 有り・ <input type="checkbox"/> 無し )							
本人負担額の内訳	区 分	保険診療以外の本人負担額分			保険診療分		人工授精以外に係る薬局徴収分 (本人負担額⑤)
		人工授精に係る医療費①	人工授精に係る薬局徴収分②	人工授精以外に係る医療費③	医療費総額	本人負担額④	
	年3月分	円	円	円	円	円	円
	年4月分	円	円	円	円	円	円
	年5月分	円	円	円	円	円	円
	年6月分	円	円	円	円	円	円
	年7月分	円	円	円	円	円	円
	年8月分	円	円	円	円	円	円
	年9月分	円	円	円	円	円	円
	年10月分	円	円	円	円	円	円
	年11月分	円	円	円	円	円	円
	年12月分	円	円	円	円	円	円
	年1月分	円	円	円	円	円	円
	年2月分	円	円	円	円	円	円
合計金額	円	円	円	円	円	円	
[今回の治療にかかった金額合計]							
領収金額				円 (上記本人負担額①~⑤の合計額となります。)			

- 注1 当該患者に関して行った一般不妊治療（体外受精及び顕微授精を除く。）に係るもののみご記入ください。
- 2 「人工授精に係る医療費①」「人工授精に係る薬局徴収分②」には、事前検査として実施する精子の細菌学検査費用及びHIVなどの感染症検査費用、採精（事前採取も含む）費用、精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料（通常、人工授精施行当日に採取するが、夫の都合により人工授精当日に来院できない場合に限る）、精子の濃縮・洗浄等に要する費用、排卵誘発のためのHCG注射等、精子を子宮内に注入するために要する費用、人工授精後、感染予防のために服用する抗生剤等が含まれます。
- 3 院外処方の有無が「有り」の場合、「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
- 4 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。