

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
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					
本人負担額の内訳	区分	医療費総額	本人負担額①		一般不妊治療に 係る薬局徴収分 (本人負担額)②		
	年3月分	円	円		円		
	年4月分	円	円		円		
	年5月分	円	円		円		
	年6月分	円	円		円		
	年7月分	円	円		円		
	年8月分	円	円		円		
	年9月分	円	円		円		
	年10月分	円	円		円		
	年11月分	円	円		円		
	年12月分	円	円		円		
	年1月分	円	円		円		
	年2月分	円	円		円		
合計金額	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と②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 人工授精の事前検査として実施する精子の細菌学検査費用及びH I V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H C G 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素等が含まれます。

3 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。