

西予市不妊治療費(保険適用分)受診等証明書

西予市長 様

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名称

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

下記の通り、保険適用医療として告示されている医療技術を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

(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)	
治療内容		<input type="checkbox"/> 不妊検査（不妊治療に付随する検査）			
		<input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精（ 回） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
		<input type="checkbox"/> 生殖補助医療 <input type="checkbox"/> 体外受精（ 回） <input type="checkbox"/> 顕微授精（ 回） <input type="checkbox"/> 男性に対する治療 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
		<input type="checkbox"/> その他不妊治療に付随する治療、処置等			
本人負担額の内訳	診療月	不妊治療費等に要した費用		食事療養負担額、文書料、個室料などの不妊治療等に直接関係のない費用	合計
		保険適用	保険適用外		
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	合計	円	円	円	円
領収金額		領収金額 _____ 円			
院外処方の有無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		