

第2号様式（第6条関係）

大多喜町一般不妊治療医療機関受診等証明書

年 月 日

大多喜町長 様

医療機関等 住 所
名 称
代 表 者
電 話 番 号

㊞

下記のとおり、不妊治療を実施し、自己負担額を領収したことを証明します。

記

受診者	夫	氏 名			妻	氏 名			
		生年月日	年	月	日 (歳)	生年月日	年	月	日 (歳)
貴医療機関における不妊治療開始年月日					年 月 日 ~				
今回の証明に係る診療期間					年 月 日 ~ 年 月 日				
保険診療に要した総点数			点	保険診療分自己負担(領収)額			円		
保険診療以外の不妊治療に係る自己負担(領収)額 (ただし、体外受精及び顕微授精の一環として行われたものを除く。)							円		
自己負担額の 内訳	区 分	保 険 診 療 分		保 険 診 療 以外 の 自 己 負 担 額	区 分	保 険 診 療 分		保 険 診 療 以外 の 自 己 負 担 額	
		診 療 点 数	自 己 負 担 額			診 療 点 数	自 己 負 担 額		
		年 月 分	点	円	円	年 月 分	点	円	円
		年 月 分	点	円	円	年 月 分	点	円	円
		年 月 分	点	円	円	年 月 分	点	円	円
		年 月 分	点	円	円	年 月 分	点	円	円
		年 月 分	点	円	円	年 月 分	点	円	円
		年 月 分	点	円	円	年 月 分	点	円	円
		年 月 分	点	円	円	年 月 分	点	円	円
		年 月 分	点	円	円	年 月 分	点	円	円
		年 月 分	点	円	円	年 月 分	点	円	円
	不妊治療の内訳	<input type="checkbox"/> タイミング療法（不妊相談）		<input type="checkbox"/> 薬物療法（内服・注射）					
	<input type="checkbox"/> 腹腔（子宮）鏡手術		<input type="checkbox"/> その他手術（						
	<input type="checkbox"/> 人工授精		<input type="checkbox"/> 検査（						
	<input type="checkbox"/> その他（								
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無						

- 1 不妊治療に関する費用についてのみご記入ください。
- 2 食事療養費基準負担額、個室料等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。