

東広島市一般不妊治療費助成申請証明書

年 月 日

医療機関 (薬局) 住 所
電 話 番 号
名 称 及 び
代表者の氏名

㊞

次の者に対し、一般不妊治療又はその調剤を実施し、その医療費（調剤費を含む。）の本人負担額を徴収したことを証明します。

ふりがな	夫			妻		
受診者氏名	夫			妻		
受診者生年月日	年 月 日 (歳)			年 月 日 (歳)		
この証明に係る 治療の開始日	年 月 日 年 月 日			年 月 日 年 月 日		
(複数ある場合は、列記すること。) この証明に係る 不妊治療の実施内容 ☐ タイミング療法 (回) ☐ 人工授精 (回) ☐ 男性不妊治療 ☐ 薬物療法 (内服) (回) (注射) (回) ☐ その他の手術 (手術方法) ☐ 治療の開始前又は開始後に実施した治療のために必要な検査 その他 () ・ 院外処方の有無 (☐ 有 ・ ☐ 無) ☐ 調剤 ()						
本人負担額等の内訳	区分	医療機関徴収分				
		保険診療分			保険診療以外の 本人負担額	
		医療費（調剤費を含む。）総額		本人負担額		
	年	1 月 分				
		2 月 分				
		3 月 分				
		4 月 分				
		5 月 分				
		6 月 分				
		7 月 分				
		8 月 分				
		9 月 分				
		1 0 月 分				
		1 1 月 分				
		1 2 月 分				
	計			① 円	② 円	
	【この証明に係る治療に要した金額の合計】					
徴収金額		円 (①及び②の合計額)				

注 1 当該受診者に対して行った一般不妊治療（体外受精及び顕微授精を除く。）に係るもののみ記載してください。

2 文書料、食事療養標準負担額、被保険者の選定に係る特別の病室の使用に係る費用その他一般不妊治療に直接関係しない費用の額は、含めないでください。