

今治市不妊治療等に係る費用の助成事業受診証明書

令和4年 ○月 ○日

(宛先) 今治市長

所在地 今治市○○町○-○

保険医療機関等 名称 ○○産婦人科

主治医氏名 ○○ ○○

下記のとおり、受診者に対し不妊治療等を行ったことを証明します。

治療を受けた月ごとに医療機関で証明を受けてください。
※文書料はご負担ください。

記

受診者	ふりがな	夫 いまばり たろう		妻 いまばり はなこ		
	氏名	今治 太郎		今治 花子		
	生年月日	昭和○年 ○月 ○日		平成○年 ○月 ○日		
診療月	令和4年 7月分					
診療月における 治療内容	<input checked="" type="checkbox"/> 不妊検査 <small>(不妊治療等を伴わない不妊症を診断するための検査を除く。)</small> <input type="checkbox"/> 不妊治療 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性に対する治療 <input type="checkbox"/> その他 ()			<input checked="" type="checkbox"/> 不妊検査 <small>(不妊治療等を伴わない不妊症を診断するための検査を除く。)</small> <input type="checkbox"/> 不妊治療 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input checked="" type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性に対する治療 <input type="checkbox"/> その他 ()		
院外処方の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
診療日 ※不妊治療等に係る診察日のみご記入ください。 ※受診者ごとに行かずつご記入ください。		不妊治療等に要した費用		食事療養標準負担額、文書料、個室料等の不妊治療等に直接関係のない費用	合計 (領収金額)	
		保険適用 (助成対象)	保険適用外			
	1日	20,000円	5,000円	0円	25,000円	
	8日	30,000円	5,000円	0円	35,000円	
	15日	30,100円	10,000円	0円	40,100円	
	15日	15,000円	円	3,000円	18,000円	
	日	円	円	円	円	
	日	円	円	円	円	
	日	円	円	円	円	
	日	円	円	円	円	
	日	円	円	円	円	
	日	円	円	円	円	
	日	円	円	円	円	
	日	円	円	円	円	
	計4日	95,100円	20,000円	3,000円	118,100円	