

別記様式第2号の1

様似町一般不妊治療費助成等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療を実施し、これに係る医療費（本人負担額）を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関名
及び所在地

医療機関記入欄

(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)			
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			
当該受診者が、今回行った一般不妊治療の内容について□に✓をつけてください。 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 頸管粘液検査 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡検査 <input type="checkbox"/> フーナーテスト <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法(回) <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 手術療法(手術方法) <input type="checkbox"/> その他()							
高額療養費限度額適用認定証の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
今回の一般不妊治療の自己負担額の合計（保険適用外含む）							
円							
自己負担額の内訳							
診療 年月	医療保険 適用治療額	高額療養費 の有無	医療保険 適用外治療額	診療 年月	医療保険 適用治療額	高額療養費 の有無	医療保険 適用外治療額
年 4月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	円	年 10月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	円
年 5月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	円	年 11月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	円
年 6月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	円	年 12月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	円
年 7月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	円	年 1月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	円
年 8月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	円	年 2月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	円
年 9月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	円	年 3月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	円

(記載上の注意)

- 1 文書料、個室料等の保険診療外の費用、食事療養標準負担額、処方箋によらない薬代（サプリメント等）は除く。
- 2 高額療養費限度額適用認定証の有無が「有」の場合は区分を選んでください。
- 3 □は該当項目をチェックしてください。