様式第２号（第６条関係）

大鰐町一般不妊治療・検査受診等証明書

年　　月　　日

大鰐町長　　殿

（医療機関）住所

名称

主治医氏名　　印

電話番号

以下のとおり一般不妊治療等を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

氏名	夫		生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日
	妻		生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日
今回の証明に係る治療期間			年　　月　　日～　　年　　月　　日	

検査・不妊治療の内容	□超音波検査	□ホルモン検査	□子宮卵管造影検査
	□卵管通気・通水検査	□フーナーテスト	□腹腔鏡検査
	□卵管鏡検査	□子宮鏡検査	□一般精液検査
	□その他の検査 （　　）		
	□タイミング療法	□排卵誘発治療	□人工授精
	□その他 （　　）		

区分	診療年月	保険診療分		保険診療以外の一般不妊治療に係る本人負担額
		診療点数	本人負担額	
本人負担額内訳	年　4月分	点	円	円
	年　5月分	点	円	円
	年　6月分	点	円	円
	年　7月分	点	円	円
	年　8月分	点	円	円
	年　9月分	点	円	円
	年　10月分	点	円	円
	年　11月分	点	円	円
	年　12月分	点	円	円
	年　1月分	点	円	円
	年　2月分	点	円	円
	年　3月分	点	円	円
	計		①　　円	②　　円

本人負担額（①+②）	領収金額 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円
院外処方の有無	□あり　　□なし
特記事項	

１　一般不妊治療に関する費用についてのみ記入してください。
２　食事療養費標準負担額、個室料等の一般不妊治療に直接関係のない費用は含めないでください。
３　他の医療機関への紹介、治療中断等の事由が発生した場合は、特記事項に記載してください。
４　「院外処方の有無」が「あり」の場合は、薬局が発行した領収書、調剤明細書の添付が必要です。