様式第２号（第６条関係）

**一般**

# 一般不妊治療医療機関受診等証明書

年　　月　　日

七　尾　市　長

医療機関等
住所
名称
代表者
電話番号　　印

次のとおり、不妊治療を実施し本人負担額を領収したことを証明します。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| （ふりがな）<br>受診者氏名 | | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 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 | 保険診療分の本人負担（領収）金額 | 円 | |
| 保険診療以外の不妊治療に係る本人負担（領収）金額<br>（ただし、体外受精・顕微授精を除く） | | | 円 | |

| 本人負担額の内訳 | 区　分 | 保険診療分 | | 保険診療以外の本人負担金額 | 区　分 | 保険診療分 | | 保険診療以外の本人負担金額 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 診療点数 | 本人負担金額 | | | 診療点数 | 本人負担金額 | |
| | 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 |
| | 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 |

| | |
|---|---|
| 不妊治療の内容 | ☐　タイミング療法（不妊相談）<br>☐　薬物療法（内服・注射）<br>☐　腹腔（子宮）鏡手術　　☐　その他の手術（　　）<br>☐　人工授精<br>☐　検査（　　）<br>☐　その他（　　） |
| 院外処方の有無 | ☐　有り　　☐　無し |

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　食事療養費標準負担額、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。
3　治療開始以後、助成を開始した月から２年間助成を受けることができます。
4　医療機関が発行した受診等証明書の「院外処方の有無」が「有り」の場合は、院外処方に要した費用も対象となります。（薬局が発行する同証明書の添付が必要です）