様式第2（第8条関係）

扶桑町一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療またはその調剤を実施し、これに係る医療費、調剤費の本人負担額を徴収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（　　）	妻	（　　）
受診者生年月日		年　　月　　日		年　　月　　日
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			

○当該患者が、今回行った不妊治療について該当箇所に記入して下さい。

- ☐ 不妊症スクリーニング検査
- ☐ 精液検査
- ☐ タイミング療法
- ☐ 精巣生検
- ☐ 排卵誘発法（　　回）
- ☐ 人工授精（　　回）
- ☐ 手術療法（手術方法：　　）
- ☐ その他（　　）

・ 院外処方の有無 ： ☐ 有り　　☐ 無し

本人負担額の内訳	区分	医療機関徴収分				薬局徴収分
		保険診療分		保険診療以外の本人負担額		本人負担額 ④
		医療費総額	本人負担額 ①	総額 ②	うち、人工授精分③	
	年3月分	円	円	円	円	円
	年4月分	円	円	円	円	円
	年5月分	円	円	円	円	円
	年6月分	円	円	円	円	円
	年7月分	円	円	円	円	円
	年8月分	円	円	円	円	円
	年9月分	円	円	円	円	円
	年10月分	円	円	円	円	円
	年11月分	円	円	円	円	円
	年12月分	円	円	円	円	円
	年1月分	円	円	円	円	円
	年2月分	円	円	円	円	円

〔今回の治療にかかった金額合計〕

領収金額　　円（**上記本人負担額①、②、④の合計額となります。**）

注　1 当該患者に関して行った不妊治療（体外受精及び顕微授精を除く。）に係るもののみご記入ください。
　　2 ☐ は該当項目をチェックしてください。
　　3 院外処方の有無が「有り」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
　　4 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。

医療機関の方へ

「扶桑町一般不妊治療助成事業受診等証明書」記入　注意事項

1. 当該患者が行った不妊治療について、該当箇所の□にチェックを入れ、実施回数等をご記入ください。

2. 院外処方の有無が「有り」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」にご記入ををお願いします。その際、薬局の領収書から金額を転記してください。

3. 「本人負担額の内訳」欄には、当該患者に関して行った一般不妊治療にかかる費用のみをご記入ください。（体外受精、顕微授精を除く。）

4. 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。

参考：対象となる人工授精の範囲は下記のとおりです。

①事前検査として実施する精子の細菌学検査費用
②採精（事前採取も含む。）費用
③精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料（通常、人工授精施行当日に採取するが、夫の都合により人工授精当日に来院できない場合に限る。）
④精子の濃縮、精子の洗浄等に要する費用
⑤排卵誘発のためのHCG注射
⑥精子を子宮内に注入するために要する費用
⑦人工授精後、感染予防のため、服用する抗生剤等