

秋田市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、一般不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

(医療機関) 住 所
 名 称
 主治医氏名
 電 話 番 号

※医療機関記入欄 (主治医が記入すること)

受診者	夫	ふりがな			妻	ふりがな		
		氏名				氏名		
		生年月日	年	月		日	生年月日	年
本年度治療期間				年 月 日 ~ 年 月 日				
※本年度治療中断期間および理由				(年 月 ~ 年 月) <small>※引越や自己都合など、医学的理由に基づかない中断は対象外です。</small>				
検査・治療の内容		チェックまたは記入をして下さい。						
		検査内容			治療内容			
		<input type="checkbox"/>	超音波検査	<input type="checkbox"/>	タイミング法			
		<input type="checkbox"/>	ホルモン検査	<input type="checkbox"/>	薬物療法			
		<input type="checkbox"/>	子宮卵管造影検査	<input type="checkbox"/>	人工授精 (回)			
		<input type="checkbox"/>	精液検査	<input type="checkbox"/>	手術療法 (内容)			
<input type="checkbox"/>	その他 ()	<input type="checkbox"/>	その他 ()					
院外処方の有無		有 ・ 無						
区 分	診 療 年 月	医療機関徴収分			薬局徴収分			
		保険診療		院外処方 本人負担額 ※市記載欄				
		医療費総額	本人負担額 (3割)	保険診療以外の 本人負担額 (10割)				
本人負担額の 内訳	年 月分	円	円	円	円			
	年 月分	円	円	円	円			
	年 月分	円	円	円	円			
	年 月分	円	円	円	円			
	年 月分	円	円	円	円			
	年 月分	円	円	円	円			
	年 月分	円	円	円	円			
	年 月分	円	円	円	円			
	年 月分	円	円	円	円			
	年 月分	円	円	円	円			
	年 月分	円	円	円	円			
	小 計		①	円	②	円	③	
今年度の不妊治療にかかった金額 (医療機関自己負担額)		④ (①+②)			円			

※市記載欄	不妊治療自己負担額合計 (③+④) 円
-------	------------------------

- 1 不妊治療に関する費用についてのみご記入ください。(特定不妊治療は除いてください。)
- 2 文書料、入院費、食事代等の治療に直接関係のない費用は助成対象となりません。
- 3 「※市記載欄」は、市で記載します。