

## 中泊町一般不妊治療・検査受診等証明書

（宛先）中泊町長

年 月 日

医療機関等  
住所  
名称  
代表者氏名  
電話番号

印

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。

(フリガナ) 受診者氏名		男・女	生年月日	S・H 年 月 日	
(フリガナ) 受診者氏名		男・女	生年月日	S・H 年 月 日	
当医療機関における不妊治療開始年月日		年 月 日			
今回の証明に係る治療期間		年 月 日～ 年 月 日			
検査・不妊治療の内容	<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"/> 卵管鏡検査 <input type="checkbox"/> フーナーテスト <input type="checkbox"/> 腹腔鏡検査 <input type="checkbox"/> 卵管鏡検査 <input type="checkbox"/> 子宮鏡検査 <input type="checkbox"/> 一般精液検査 <input type="checkbox"/> 抗精子抗体検査 <input type="checkbox"/> その他の検査 ( )				
	<input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 手術療法 → <span style="border: 1px dotted black; padding: 2px;">手術内容</span> <input type="checkbox"/> その他 ( )				
本人負担額の内訳			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	
	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
	計		①	円	② 円
（本人負担額①②の合計）					
領収金額			円		
院外処方の有無		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			

注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：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。）