

様式第2号（第6条関係）

一般不妊治療受診等証明書

この者については、次のとおり一般不妊治療（タイミング法・人工授精）を実施し、これに係る医療費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

印

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 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)
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			
本人負担額の内訳	区 分	本人負担額			
		医療機関徴収分 ①		薬局徴収分 ②	
	年4月分	円		円	
	年5月分	円		円	
	年6月分	円		円	
	年7月分	円		円	
	年8月分	円		円	
	年9月分	円		円	
	年10月分	円		円	
	年11月分	円		円	
	年12月分	円		円	
	年1月分	円		円	
	年2月分	円		円	
	年3月分	円		円	
合 計	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の合計額)			

- 注) 1 当該患者に関して行った一般不妊治療（タイミング法・人工授精）に係るもののみ記入してください。（保検適用の回数制限を超える治療で全額自己負担の費用を含む）  
 2 院外処方がある場合、「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。  
 3 文書料、個室料その他の治療に直接関係のない費用は含まないでください。