

松本市こうのとり支援事業受診等証明書

下記の者について、不妊治療を実施し、これに係る医療（調剤）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・薬局の名称
所在地
主治医・代表者氏名

(ふりがな) 受診者氏名	夫	() 年 月 日 (歳)	妻	() 年 月 日 (歳)
貴医療機関における不妊治療開始年月日		年 月 日		
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
検査・治療の内容 (□は該当項目に✓)	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 胚培養 <input type="checkbox"/> 胚凍結保存 <input type="checkbox"/> 胚移植 <input type="checkbox"/> 採卵 精巣内精子採取 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 手術療法 <input type="checkbox"/> その他 ()			
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		
		医療費総額	本人負担額	本人負担額
	年 4月分	円	円	円
	年 5月分	円	円	円
	年 6月分	円	円	円
	年 7月分	円	円	円
	年 8月分	円	円	円
	年 9月分	円	円	円
	年 10月分	円	円	円
	年 11月分	円	円	円
	年 12月分	円	円	円
	年 1月分	円	円	円
年 2月分	円	円	円	
年 3月分	円	円	円	
合計	円	円	円	

- 1 当該患者に関して行った不妊治療に係る費用のみご記入ください。
- 2 文書料、食事代、入院室料等の治療と直接関係ない費用は、含みません。