

豊中市不妊症治療費等助成事業受診等証明書(医療機関分)

下記のとおり、保険診療に係る不妊症の検査・治療を実施し、これに係る一部負担金を領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
電話番号
主治医氏名

医療機関記入欄

| | 夫 | | 妻 | |
|------------------------|--|-------|---|-------|
| (フリガナ) 受診者氏名 | () | | () | |
| 受診者生年月日 | 年 月 日 | | 年 月 日 | |
| 保険診療で 実施した 検査・治療 | 保険診療で実施した検査内容 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 卵管疎通性検査 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| | 保険診療で実施した治療内容 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊手術 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 胚移植 <input type="checkbox"/> 胚(精子)凍結保存管理 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| 診療年月 | 夫 | | 妻 | |
| | 診療報酬点数 | 一部負担金 | 診療報酬点数 | 一部負担金 |
| 年 4月分 | 点 | 円 | 点 | 円 |
| 年 5月分 | 点 | 円 | 点 | 円 |
| 年 6月分 | 点 | 円 | 点 | 円 |
| 年 7月分 | 点 | 円 | 点 | 円 |
| 年 8月分 | 点 | 円 | 点 | 円 |
| 年 9月分 | 点 | 円 | 点 | 円 |
| 年10月分 | 点 | 円 | 点 | 円 |
| 年11月分 | 点 | 円 | 点 | 円 |
| 年12月分 | 点 | 円 | 点 | 円 |
| 年 1月分 | 点 | 円 | 点 | 円 |
| 年 2月分 | 点 | 円 | 点 | 円 |
| 年 3月分 | 点 | 円 | 点 | 円 |
| 合 計 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 院外処方の有無 | 夫 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) | | 妻 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) | |
| 領収金額合計 | 金 _____ 円 | | ※保険診療で行った検査・治療に係る一部負担金 (初診・再診料を含む)が対象です。 ※文書料や食事療養費等は対象外です。 | |