

豊山町生殖補助医療費補助事業受診等証明書

下記の者について、生殖補助医療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費〔本人負担額〕を徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称及び所在地
(又は薬局)

主治医氏名
(又は薬剤師)

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。薬局の場合は太枠のみご記入ください。）

(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)
今回の治療方法	1. 体外受精 2. 顕微授精 3. 男性不妊治療 (該当するものに○を付けてください)			
	男性不妊治療を行った場合記載してください。 行った手術療法 () 行った医療機関 () 精子採取の有無 1. 有 2. 無			
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
治療月日	「限度額認定証」利用月に○	医療機関徴収分 (保険診療分)	「限度額認定証」利用月に○	薬局調剤分 (保険診療分)
年 3月		円		円
年 4月		円		円
年 5月		円		円
年 6月		円		円
年 7月		円		円
年 8月		円		円
年 9月		円		円
年 10月		円		円
年 11月		円		円
年 12月		円		円
年 1月		円		円
年 2月		円		円
合計		① 円		② 円
今回の治療の合計金額 (①+②の額) ※保険診療に限る 領収金額 円				
薬局のみご記入ください。処方依頼のあった医療機関名				

※文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。