様式第２号－1（第５条関係）

保険適用分不妊治療医療機関受診等証明書（一般不妊治療用）

年　　月　　日

（あて先）中能登町長

医療機関等
所在地
名称
代表者　　㊞
電話番号

下記のとおり、以下の保険適用医療として告示されている医療技術を実施し、これにかかる医療費以下のとおり徴収したことを証明します。

（ふりがな） 受診者氏名		生年月日	年　　月　　日
医療機関における不妊治療開始年月		年　　月　　日から	
今回の診療に係る診療期間		年　　月　　日　～　年　　月　　日	
保険診療に要した総点数	点	保険診療分の本人負担（領収）金額	円

区　　分		保険診療分		保険診療以外の本人負担金額
		診療点数	本人負担金額	
本人負担額の内訳	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
	年　　月分	点	円	円
	年　　月分	点	円	円
	年　　月分	点	円	円

治療の内容	□ タイミング療法（不妊相談）　□ 薬物療法（内服・注射） □ 人工授精 □ 腹腔（子宮）鏡手術　□ その他手術（　　） □ 検査（　　） □ その他（　　）
院外処方の有無	□ 有り　□ 無し

1. 不妊治療に関する費用についてのみご記入ください。
2. 食事療養費標準負担額、個室料、文書料等の治療に直接関係のない費用は含まないでください。
3. 治療開始後、助成を開始した月から２年間助成を受けることができますが、1年毎に申請が必要となります。
4. 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）