

様式第2号-2 (第5条関係)

保険適用分不妊治療医療機関受診等証明書 (生殖補助医療用)

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

印

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
	年 月分	点	円
	年 月分	点	円
	年 月分	点	円
	年 月分	点	円
	年 月分	点	円
	年 月分	点	円
	年 月分	点	円
	年 月分	点	円
	年 月分	点	円
治療 の内容	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療 () <input type="checkbox"/> 検査 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 治療中止 (のため)		
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		
先進医療の有無	<input type="checkbox"/>		

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)