

八幡浜市不妊治療等に係る費用の助成事業受診証明書

令和 4 年 4 月 30日

八幡浜市長 様

治療を受けた月ごとに医療機関で証明を受けてください。※文書料はご負担ください。

所在地 八幡浜市□□□
 名称 △△産婦人科
 主治医氏名 ○○ ○○

医療機関等における記入例 ※調剤薬局は不要、領収のみ

受診者	ふりがな	やわたはま はなこ			
	氏名	八幡浜 花子			
	生年月日	平成9年 12月 25日			
診療月	令和 4 年 4月分				
診療月における治療内容	<input checked="" type="checkbox"/> 不妊検査 <input type="checkbox"/> 不妊治療 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input checked="" type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性に対する治療 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
院外処方の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
診療日 ※不妊治療等に係る診察日のみご記入ください。		不妊治療等に要した費用		食事療養標準負担額、文書料、個室料等の不妊治療等に直接関係のない費用	合計 (領収金額)
		保険適用 (助成対象)	保険適用外		
	1日	20,000円	5,000円	0円	25,000円
	8日	60,100円	5,000円	0円	65,100円
	15日	0円	10,000円	0円	10,000円
	22日	0円	10,000円	0円	10,000円
	30日	0円	0円	2,200円	2,200円
	日	円	円	円	円
	日	円	円	円	円
	日	円	円	円	円
	日	円	円	円	円
計日	80,100円	30,000円	2,200円	112,600円	

助成対象となる一部負担金