

箱根町不妊治療等証明書

下記の者については、次のとおり不妊治療（またはその調剤）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。

年 月 日

実施医療機関
所在地
名称
医師名

*太枠内全て記入してください（記入漏れがある場合、受付ができないことになります）

	氏 名（ふりがな）	生 年 月 日			
対 象 者		年 月 日（ ）歳			
配 偶 者		年 月 日（ ）歳			
医療機関における治療開始年月日	年 月 日				
治 療 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日				
治療中断の場合	期 間	年 月 日 ～ 年 月 日			
	理 由				
<p>○今回行った不妊治療および治療にかかる検査について、該当するもの（□）にチェックをしてください。</p> <p> <input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> 人工授精（ 回） <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤（ 回） <input type="checkbox"/> 薬物療法（処方薬の種類： ） <input type="checkbox"/> その他：手術療法等に関しては（ ）内に詳細を記入してください。 （ ） </p> <p>◇保険診療外の治療および調剤についてのみ、夫婦合算の月別合計額をご記入ください。</p>					
年 月	保険診療以外 の本人負担額	院外処方	年 月	保険診療以外 の本人負担額	院外処方
		有 ・ 無			有 ・ 無
		有 ・ 無			有 ・ 無
		有 ・ 無			有 ・ 無
		有 ・ 無			有 ・ 無
		有 ・ 無			有 ・ 無
		有 ・ 無			有 ・ 無
<p>注 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等直接的な治療費ではない費用は含まないでください。</p> <p style="text-align: center;">今回の治療（保険診療以外）にかかった夫婦合算の合計金額 円</p>					