

様式第2号(第6条関係)

本部町一般不妊治療及び不育症治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

本部町長 様

医療機関等所在地

名称

主治医氏名

印

次のとおり一般不妊治療及び不育症治療(又はその調剤)を実施し、本人負担額を徴収したことを証明します。

| | | | | |
|---|---------|---------|--------|---------------|
| 貴医療機関における治療開始年月日 | | 年 月 日 | | |
| 今回の治療期間 | 年 月 日 ~ | | 年 月 日 | |
| ○検査及び治療内容 | | | | |
| □検査名 : | | | | |
| □性交タイミング指導 □排卵誘発法 □人工授精 □薬物療法 (内服・注射) | | | | |
| □手術療法 (方法: _____) | | | | |
| □その他(_____) | | | | |
| ・院外処方の有無(<input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 無し) | | | | |
| 本人負担額の内訳 | 区 分 | 医療機関徴収分 | | 薬局徴収分 |
| | | 保険診療分 | | 保険診療以外の本人負担額② |
| | | 医療費総額 | 本人負担額① | |
| | 年 3 月分 | | | |
| | 年 4 月分 | | | |
| | 年 5 月分 | | | |
| | 年 6 月分 | | | |
| | 年 7 月分 | | | |
| | 年 8 月分 | | | |
| | 年 9 月分 | | | |
| | 年 10 月分 | | | |
| | 年 11 月分 | | | |
| | 年 12 月分 | | | |
| | 年 1 月分 | | | |
| 年 2 月分 | | | | |
| 【今回の治療にかかった金額合計】 | | | | |
| 領収金額 _____ 円 | | | | |
| (上記本人負担額①~③の合計額となります。) | | | | |

- 注1 当該患者に関して行った不妊治療(体外受精及び顕微授精を除く)及び、不育症治療に係るもののみ御記入ください。
- 2 は該当項目をチェックしてください。
 - 3 院外処方の有無が「有り」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
 - 4 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。