

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・不妊治療・ 不育治療の内容	<input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> タイミング療法	<input type="checkbox"/> 薬物療法(不育)	
	<input type="checkbox"/> ホルモン検査	<input type="checkbox"/> 薬物療法(不妊)	<input type="checkbox"/> 手術療法(不育)	
	<input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査	<input type="checkbox"/> 排卵誘発法	<input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査	
	<input type="checkbox"/> 手術療法(不妊)	<input type="checkbox"/> 精液検査	<input type="checkbox"/> 人工授精	
	<input type="checkbox"/> その他治療・検査(不妊)( )			
<input type="checkbox"/> その他治療・検査(不育)( )				
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。