様式第2号（第7条関係）

扶桑町一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療またはその調剤を実施し、これに係る医療費、調剤費の本人負担額を徴収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（　　）	妻	（　　）
受診者生年月日		年　月　日		年　月　日
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			

○当該患者が、今回行った不妊治療について該当箇所に記入して下さい。

☐ 不妊症スクリーニング検査　　☐ 精液検査
☐ タイミング療法　　☐ 精巣生検
☐ 排卵誘発法（　　回）　　☐ 人工授精（　　回）
☐ 手術療法（手術方法：　　）
☐ その他（　　）

・ 院外処方の有無 ： ☐ 有り　　☐ 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		本人負担額 ④
	医療費総額	本人負担額 ①	総額 ②	うち、人工授精分③	
年3月分	円	円	円	円	円
年4月分	円	円	円	円	円
年5月分	円	円	円	円	円
年6月分	円	円	円	円	円
年7月分	円	円	円	円	円
年8月分	円	円	円	円	円
年9月分	円	円	円	円	円
年10月分	円	円	円	円	円
年11月分	円	円	円	円	円
年12月分	円	円	円	円	円
年1月分	円	円	円	円	円
年2月分	円	円	円	円	円

〔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、②、④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。）に係るもののみご記入ください。
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。