様式第2（第6条関係）

大口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（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費〔実費（保険適用外）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	()
		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
受診者生年月日				
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			
今回行った不妊治療について、該当箇所に記入してください。 ☐ 不妊症スクリーニング検査 (回) ☐ 精液検査 (回) ☐ タイミング療法 (回) ☐ 精巣検査 (回) ☐ 排卵誘発法（内服・注射） (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	実費（保険適用外）負担額		
		医療機関徴収分①	薬局徴収分②	
	年 3月分	円	円	
	年 4月分	円	円	
	年 5月分	円	円	
	年 6月分	円	円	
	年 7月分	円	円	
	年 8月分	円	円	
	年 9月分	円	円	
	年10月分	円	円	
	年11月分	円	円	
	年12月分	円	円	
	年 1月分	円	円	
年 2月分	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の合計額となります。）		

- 注1 当該患者に関して行った保険適用外の不妊治療（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 院外処方が有る場合は、「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。
- 3 文書料、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。