

別記様式第3号（第5条関係）

下川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、これに関わる医療(調剤)費〔本人負担額〕を徴収したことを証明します。

年 月 日

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。）

(フリガナ) 受診者氏名	夫	()	妻	()	
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)	
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ください。					
☐ 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 (☐ あり ・ ☐ なし)					
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	本人負担額 ③
	医療費総額	本人負担額 ①			
	年 月分	円	円		円
	年 月分	円	円		円
	年 月分	円	円		円
	年 月分	円	円		円
	年 月分	円	円		円
	年 月分	円	円		円
	年 月分	円	円		円
	年 月分	円	円		円
	年 月分	円	円		円
	年 月分	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①～③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。）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「あり」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」への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。