様式第3（第7条関係）

設楽町不妊治療費等助成事業受診等証明書（一般不妊治療）

下記の者については、次のとおり一般不妊治療費（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費〔本人負担額〕を徴収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の所在地
名　称
主治医氏名　　㊞
（署名又は記名押印）

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（　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（ □ 有り・□ 無し ）

本人負担額の内訳	区分	本人負担額（保険診療分）	
		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と②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。