様式第3号

諸塚村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、これにかかる医療（調剤）費「本人負担額」を徴収したことを証明します。

平成　　年　　月　　日

医療機関名

住　所　地

主治医氏名　　印

医療機関記入欄（主治医殿がご記入下さい）

	夫	妻
ふりがな 受診者氏名		
生年月日	S・H　年　月　日（　歳）	S・H　年　月　日（　歳）
貴医療機関における治療開始年月日	平成　年　月　日	
今回の治療期間	平成　年　月　日 ～ 平成　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
- □ タイミング療法
- □ 排卵誘発法（　回）
- □ 手術療法（手術方法：　）
- □ その他（　）
- □ 精液検査
- □ 精巣生検
- □ 人工授精（　回）

・院外処方の有無（　有り　無し　）

本人負担額の内訳	区分	医療保険徴収分			薬局徴収分
		保険診療		保険診療以外	本人負担額
		医療費総額	本人負担額①	本人負担額②	③
	平成　年 4 月	円	円	円	円
	5 月	円	円	円	円
	6 月	円	円	円	円
	7 月	円	円	円	円
	8 月	円	円	円	円
	9 月	円	円	円	円
	10 月	円	円	円	円
	11 月	円	円	円	円
	12 月	円	円	円	円
	平成　年 1 月	円	円	円	円
	2 月	円	円	円	円
	3 月	円	円	円	円

【今回の治療にかかった合計金額】

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）にかかるもののみご記入下さい。
注2　□は該当項目をチェックして下さい。
注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分を転記して下さい。
注4　文書料、食事療養費負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないで下さい。