

一般不妊治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

三豊市長 様

(医療機関)

住所

名称

代表者

印

電話番号

(署名又は記名押印)

下記のとおり、一般不妊治療（検査含む）を実施し本人負担額を領収したことを証明します。

受診者氏名 (ふりがな)		()		()	
受診者生年月日		昭・平 年 月 日		昭・平 年 月 日	
夫		妻			
()年度における診療期間			年 月 日 ~ 年 月 日		
本人負担額の内訳 ※1	区 分	保険診療分		保険診療以外の本人負担(領収)金額 ※2	
		診療点数	本人負担金額		
	年 4月	点	円	円	
	年 5月	点	円	円	
	年 6月	点	円	円	
	年 7月	点	円	円	
	年 8月	点	円	円	
	年 9月	点	円	円	
	年 10月	点	円	円	
	年 11月	点	円	円	
	年 12月	点	円	円	
	年 1月	点	円	円	
	年 2月	点	円	円	
年 3月	点	円	円		
合 計	点	円	円		
治療の内容	<input type="checkbox"/> 検査(検査名:) <input type="checkbox"/> タイミング療法(不妊相談) <input type="checkbox"/> 薬物療法(内服・注射) <input type="checkbox"/> 手術() <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> その他()				
院外処方の有無		<input type="checkbox"/> 有り ※3			<input type="checkbox"/> 無し

※1 一般不妊治療(検査含む)に関する費用についてのみご記入ください。

※2 入院費、食事代等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。

※3 医療機関が発行した受診等証明書の「院外処方の有無」が「有り」の場合は、院外処方に要した費用も対象となります。(様式第3号・・・保険薬局が発行する同証明書の添付が必要です。)