様式第２号（第６条関係）

幸田町一般不妊治療費助成事業受診等証明書

以下の者については、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〔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
主治医の氏名

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

（ふりがな） 受診者名氏名	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			

○当該患者に関して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）　□ 精巣生検（　　回）
□ 排卵誘発法（　　回）　□ 人工授精（　　回）
□ 手術療法（　　回、手術方法：　　）
□ その他（　　）

院外処方の有無（□ あり　□ なし）

区分	本人負担額の内訳	
	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合計金額〕
領収金額　　円（上記本人負担額①・②の合計額）

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。）に係るもののみ御記入ください。
２　□には、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」の場合には、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」に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。