

※ 医療機関に記入を
してもらってください

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。 <input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 (回) <input type="checkbox"/> 精液検査 (回) <input type="checkbox"/> タイミング療法 (回) <input type="checkbox"/> 精巢生検 (回) <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 (回) <input type="checkbox"/> 人工授精 (回) <input type="checkbox"/> 手術療法 (回、手術方法:) <input type="checkbox"/> その他 ()				
院外処方の有無 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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。

- には、該当項目をチェックしてください。
- 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。
- 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。