

年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

あま市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。

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 | | | | |
| 院外処方の有無 (<input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 無し) | | | | | |
| 人工授精 (() 回) | | | | | |
| 本人負担額の内訳 | 区 分 | 医療機関徴収分 | | | 薬局徴収分 |
| | | 保険診療分 | | 保険診療以外の 本人負担額② | 本人負担額③ |
| | 医療費総額 | 本人負担額① | | | |
| | 年 3月分 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | 年 4月分 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | 年 5月分 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | 年 6月分 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | 年 7月分 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | 年 8月分 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | 年 9月分 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | 年 10月分 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | 年 11月分 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | 年 12月分 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | 年 1月分 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 年 2月分 | 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。) | | | | | |

備考

- 1 当該患者に関して行った一般不妊治療に係るもののみご記入ください。
- 2 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。
- 3 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ない費用は含まないでください。