様式第2号(第6条関係)

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。

年　　月　　日

　医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が御記入ください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受 診 者氏名 | | 夫 |  | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 妻 |  | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 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(　　　　回)　　　　　□　精液検査（　　　　回）  □　タイミング療法（　　　　回）　　　　　　　　　□　精巣検査（　　　　回）  □　排卵誘発法（　　　　回）　　　　　　　　　　　□　人工授精（　　　　回）  □　手術療法（手術方法　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| ・院外処方の有無（　□有り　・□無し　） | | | | | | | | | | | |
| 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　４月分 | | |  | |  | | |  | |  |
| 年　５月分 | | |  | |  | | |  | |  |
| 年　６月分 | | |  | |  | | |  | |  |
| 年　７月分 | | |  | |  | | |  | |  |
| 年　８月分 | | |  | |  | | |  | |  |
| 年　９月分 | | |  | |  | | |  | |  |
| 年　10月分 | | |  | |  | | |  | |  |
| 年　11月分 | | |  | |  | | |  | |  |
| 年　12月分 | | |  | |  | | |  | |  |
| 年　１月分 | | |  | |  | | |  | |  |
| 年　２月分 | | |  | |  | | |  | |  |
| 年　３月分 | | |  | |  | | |  | |  |
| 【今回の治療にかかった金額合計】  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。）に係るもののみ御記入ください。２　□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「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。

　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。