様式第２号（第６条関係）

鏡石町一般不妊治療受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療等を実施し、これに係る医療費（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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  夫氏名 | （　　　　　　　　　　 　） | | | | （ふりがな）  妻氏名 | | （　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日(　　歳) | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日(　　歳) | | |
| 今回の証明に係る治療期間 | | | 年 　　月　 　日　～　　 年 　　月　 　日 | | | | | | |
| 不妊検査・  治療の内容 | | □　タイミング法  □　人工授精（　　　回）  □　その他 | | | | | | | |
| 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 | | | | 保険診療以外の自己負担額 | 本人負担額② |
| 医療費総額 | | 本人負担額① | |
| 年 　月分 | |  | |  | |  |  |
| 年 　月分 | |  | |  | |  |  |
| 年 　月分 | |  | |  | |  |  |
| 年 　月分 | |  | |  | |  |  |
| 年 　月分 | |  | |  | |  |  |
| 年 　月分 | |  | |  | |  |  |
| 治療にかかった金額合計 | | | | 領収金額　　　　　　　　　　　円（①＋②） | | | | | |

＊医療機関記入欄

注１　当該患者に関して行った不妊治療（特定不妊治療を除く。）に係るもののみご記入下さい。

　２　□は該当項目をチェックし、その他の場合は具体的な内容を記入ください。

　３　院外処方による薬局徴収分がある場合、「本人負担額②」へ薬局の領収書からの転記をお願いします。

　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。