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〕を下記のとおり徴収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の所在地

名　称

主治医氏名　　印

(フリガナ) 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
今診療年度(4月～翌年3月)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当該箇所に記入してください。

- □　不妊症スクリーニング検査
- □　タイミング療法
- □　排卵誘発法　（　　回）
- □　手術療法（手術方法　　）
- □　その他（　　）
- □　精液検査
- □　精巣生検
- □　人工授精　（　　回）

・院外処方の有無　（□有り・□無し）

本人負担額の内訳	診療年月	医療機関徴収分				薬局徴収分
		保険診療		保険診療以外の本人負担額	院内処方本人負担額	院外処方本人負担額(※湧別町記載欄)
		医療費総額	本人負担額			
	年　4月分	円	円	円	円	円
	年　5月分	円	円	円	円	円
	年　6月分	円	円	円	円	円
	年　7月分	円	円	円	円	円
	年　8月分	円	円	円	円	円
	年　9月分	円	円	円	円	円
	年 10月分	円	円	円	円	円
	年 11月分	円	円	円	円	円
	年 12月分	円	円	円	円	円
	年　1月分	円	円	円	円	円
	年　2月分	円	円	円	円	円
	年　3月分	円	円	円	円	円
	小　　計		①　円	②　円	③　円	④　円
今診療年度の一般不妊治療にかかった金額		⑤（①+②+③）　円				

※湧別町記載欄	一般不妊治療自己負担額合計（④+⑤）　円

注１．当該患者に関して行った一般不妊検査や治療等（体外受精及び顕微授精を除く。）に係るもののみご記入ください。

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、本人から院外処方薬に係る薬局の領収書を添付してもらいますので、本人負担額の内訳欄の薬局徴収分への記入は必要ありません。

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ない費用は含まないでください。

５．証明書は４月から翌年３月までの診療分についてご記入ください。

６．「※湧別町記載欄」は、町で記載します。