

東川町不妊治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

医療機関（又は薬局）の名称
 医療機関（又は薬局）の所在地
 主治医（又は薬剤師）氏名

印

下記の者については、次のとおり不妊治療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費の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。薬局の場合は太枠のみご記入ください。）

(ふりがな) 受診者氏名	夫			妻		
		年 月 日 (歳)			年 月 日 (歳)	
受診者生年月日		年 月 日 (歳)			年 月 日 (歳)	
貴医療機関における診療開始日	年 月 日					
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
今回の治療内容	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> 生殖補助医療（男性不妊治療を除く） 通算 回（1子ごと） <input type="checkbox"/> 生殖補助医療（男性不妊治療） ※一般不妊治療と生殖補助医療は各1枚ずつ記載してください。 ※一般不妊治療は3月から翌年2月分をまとめて3月末までに申請してください。 ただし治療が終了した場合は随時申請することができます。生殖補助医療は1回の治療につき1回の申請となります。					
・ 院外処方の有無（ <input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 無し ）						
本人負担額の 内訳	区 分	医療機関（又は薬局）徴収分 ※保険診療のみ			本人負担額	
		医療（又は調剤）費総額	高額療養費給付額			
	年 2月分	円	<input type="checkbox"/> 該当有	円	円	
	年 3月分	円	<input type="checkbox"/> 該当有	円	円	
	年 4月分	円	<input type="checkbox"/> 該当有	円	円	
	年 5月分	円	<input type="checkbox"/> 該当有	円	円	
	年 6月分	円	<input type="checkbox"/> 該当有	円	円	
	年 7月分	円	<input type="checkbox"/> 該当有	円	円	
	年 8月分	円	<input type="checkbox"/> 該当有	円	円	
	年 9月分	円	<input type="checkbox"/> 該当有	円	円	
	年10月分	円	<input type="checkbox"/> 該当有	円	円	
	年11月分	円	<input type="checkbox"/> 該当有	円	円	
	年12月分	円	<input type="checkbox"/> 該当有	円	円	
	年 1月分	円	<input type="checkbox"/> 該当有	円	円	
	年 2月分	円	<input type="checkbox"/> 該当有	円	円	
	年 3月分	円	<input type="checkbox"/> 該当有	円	円	
合 計						
領収金額		円（上記本人負担額の合計額となります。）				
* 薬局のみご記入ください。 処方依頼のあった医療機関名 _____						

注 当該患者に関して行った不妊治療に係るもののみご記入ください。