白鷹町一般不妊治療費助成事業受診等証明書

年　　月　　日

（医療機関）所在地

名称

主治医氏名　　印

次のとおり一般不妊治療に関する検査・治療を実施し、これに係る医療費の本人の負担額を受領したことを証明します。

受診者	夫	ふりがな 氏名	
		生年月日	年　　月　　日生　（　　歳）
	妻	ふりがな 氏名	
		生年月日	年　　月　　日生　（　　歳）
今回の治療期間			年　月　日　～　年　月　日
検査・治療の内容 【チェックまたは記入してください。】		検査	□超音波検査　□内分泌検査　□子宮卵管造影検査 □精液検査　□その他（　　）
		治療	□タイミング療法　□薬物療法　□人工授精 □手術療法（内容：　　） □その他（　　）
院外処方の有無			無　・　有

区分	診療年月	医療機関徴収分				薬局徴収分
		保険診療		保険診療外の本人負担額	院内処方本人負担額	院外処方本人負担額 ※白鷹町記載欄
		医療費総額	本人負担額			
本人負担額の内訳	年　月分	円	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円	円
	小　計		①　円	②　円	③　円	④　円
医療機関本人負担額合計		⑤（①+②+③）　円				

※白鷹町記載欄	不妊治療本人負担額合計（④+⑤）　円

注）1　太枠内に、一般不妊治療に関する事項・費用のみご記入ください。（特定不妊治療は除く。）
2　院外処方の有無が「有」の場合、本人から薬局の領収書を添付してもらいますので、薬局徴収分への記入は必要ありません。
3　入院時食事療養費、差額ベット代、文書料等は含めません。
4　「※白鷹町記載欄」は、町で記載します。