

様式第2号

白鷹町不育・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

次のとおり不育・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	<input type="checkbox"/> 不育症に関する検査 () <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> その他 ()					
		治療	<input type="checkbox"/> 不育症に関する治療 () <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 手術療法 (内容:) <input type="checkbox"/> 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		
	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		本人負担額合計 (④+⑤)				円		

- 注) 1 太枠内に、不育・不妊治療に関する事項・費用のみご記入ください。
 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。