

第3号様式（第6条関係）

三郷町一般不妊治療・不育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不育治療（又はその調剤の処方）を実施し、これに係る医療（調剤）費自己負担額を徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称
及び所在地
主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

(フリガナ) 受診者氏名	夫	()		妻	()	
受診者生年月日		年	月	日	年	月
貴医療機関における治療開始年月日		令和 年 月 日				
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
当該受診者が、今回行った <input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> 不育治療 について記入してください。						
・院外処方の有無（ <input type="checkbox"/> 有り・ <input type="checkbox"/> 無し）						
自己負担額の内訳	区分	医療機関徴収分			薬局徴収分	自己負担合計額 (①+②+③)=④
		保険診療分		保険診療以外の自己負担額②	自己負担額③	
	医療費総額	自己負担額①				
	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	
[今回の治療にかかった金額の合計（④の合計額）]						円

- 注1 当該患者に行った一般不妊治療（体外受精及び顕微授精を除く。）又は不育治療に係るもののみご記入ください。ただし、不育治療については令和3年4月1日以降の治療が対象となります。
- 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」の場合は、「自己負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から自己負担額を転記してください。
- 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。
- 5 一般不妊治療と不育治療については、別々に証明してください。

