

第3号様式（第6条関係）

三郷町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。

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 (歳)		年 月 日 (歳)	
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日			
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
当該受診者が、今回行った一般不妊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	
		医療費総額	自己負担額①		自己負担額③
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	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 当該患者に関して行った一般不妊治療(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。