

第3号様式（第6条関係）

三郷町不妊治療・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。

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 日	
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 <input type="checkbox"/> 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	円			円
	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 当該患者に行った不妊治療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 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。