

第2号様式（第6条関係）

三郷町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				
治療内容：当該受診者が、今回受けた不育治療について記入してください。						
・院外処方の有無（ ☐ 有り・ ☐ 無し）						
自己負担額の内訳	区分	医療機関徴収分			薬局徴収分	本人負担 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 当該患者に行った不育治療に係るもののみ記入してください。ただし、令和3年4月1日以降の治療が対象となり、1年度（4月～3月）ごとに作成してください。
- 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めないでください。