様式第2号(第6条関係)

不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり不妊治療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費【本人負担額】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　　㊞

医療機関記入欄（主治医が御記入ください。）

受診者氏名	夫		生年月日	年　月　日
	妻		生年月日	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		

○当該患者が、今回行った不妊治療について該当箇所に記入して下さい。

- □　不妊症スクリーニング検査(　　回)
- □　タイミング療法（　　回）
- □　排卵誘発法（　　回）
- □　手術療法（手術方法　　）
- □　生殖補助医療（保険適用）（　　）
- □　精液検査（　　回）
- □　精巣検査（　　回）
- □　人工授精（　　回）
- □　その他（　　）

・院外処方の有無（　□有り　・□無し　）

本人負担額の内訳	区　分	医療機関徴収分			薬局徴収分
		保険診療分		保険診療以外の本人負担額②	本人負担額③
		医療費総額	本人負担額①		
	年　３月分				
	年　４月分				
	年　５月分				
	年　６月分				
	年　７月分				
	年　８月分				
	年　９月分				
	年１０月分				
	年１１月分				
	年１２月分				
	年　１月分				
	年　２月分				

【今回の治療にかかった金額合計】

領収金額＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

（上記本人負担額①～③の合計額となります。）

注１　当該患者に関して行った不妊治療~~（体外受精及び顕微授精を除く。）~~に係るもののみ御記入ください。

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、「本人負担の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局から本人負担額を転記してください（本人負担額が不明の場合は空欄可）。

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。