様式第２（第４条関係）

不育症治療費助成事業受診等証明書
（不育症検査・不育症治療）

年　　月　　日

東　郷　町　長　殿

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名　　印
電話番号

下記の者については、不育症治療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療費及び調剤費（本人負担額）を徴収したことを証明します。

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

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ください。
- □ 不育症検査（　　）□
- □ 不育症治療（　　）□
- □　　□
- □
- □

○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　月分	円	円		円
	年　月分	円	円		円
	年　月分	円	円		円
	年　月分	円	円		円
	年　月分	円	円		円
	年　月分	円	円		円
	年　月分	円	円		円
	年　月分	円	円		円
	年　月分	円	円		円
	年　月分	円	円		円
	年　月分	円	円		円
	年　月分	円	円		円

〔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育症治療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、具体的な治療名を記入してください。
３　院外処方の有無が「有り」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人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。