様式第２（第３条関係）

不妊治療費助成事業受診等証明書
（不妊検査・一般不妊治療用）

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、一般不妊治療（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。

- □ 不妊症スクリーニング検査
- □ タイミング療法
- □ 排卵誘発法（　　回）
- □ 手術療法（手術方法　　）
- □ その他（　　）
- □ 精液検査
- □ 精巣生検
- □ 人工授精（　　回）

○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	②のうち人工授精に係る本人負担額	本人負担額 ③
		医療費総額	本人負担額			
	年３月分	円	円	円	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

〔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、「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まないでください。