

和寒町不妊治療費助成受診等証明書

年 月 日

医療機関（薬局）の名称

医療機関（薬局）の所在地

主治医（薬剤師）氏名

下記の者について次のとおり不妊治療を実施し、これに係る医療費（本人負担額）を徴収したことを証明します。

（薬局の場合は太枠のみご記入ください。）

（ふりがな） 受診者氏名		申請者	（ ）	配偶者	（ ）
生 年 月 日			年 月 日		年 月 日
医療機関における診療開始日		年 月 日			
今回の治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日			
今回の治療内容		<input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> 生殖補助医療（男性不妊治療を除く） <input type="checkbox"/> 生殖補助医療（男性不妊治療）			
院外処方の有無		<input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 無し			
本人負担額の内訳	区 分	医療機関（又は薬局）徴収分 ※保険診療分のみ		本人負担額	
		医療（又は調剤）費自己負担総額	高額療養給付額		
	年 4月	円	<input type="checkbox"/> 該当有 円	円	
	5月	円	<input type="checkbox"/> 該当有 円	円	
	6月	円	<input type="checkbox"/> 該当有 円	円	
	7月	円	<input type="checkbox"/> 該当有 円	円	
	8月	円	<input type="checkbox"/> 該当有 円	円	
	9月	円	<input type="checkbox"/> 該当有 円	円	
	10月	円	<input type="checkbox"/> 該当有 円	円	
	11月	円	<input type="checkbox"/> 該当有 円	円	
	12月	円	<input type="checkbox"/> 該当有 円	円	
	年 1月	円	<input type="checkbox"/> 該当有 円	円	
	2月	円	<input type="checkbox"/> 該当有 円	円	
	3月	円	<input type="checkbox"/> 該当有 円	円	
合 計	円	円	円		
領収金額 _____円（上記本人負担額の合計金額）					
処方依頼のあった医療機関名 _____ ※薬局のみご記入ください					

※ 当該患者に行った不妊治療に係るもののみご記入ください。