第3号様式　　安堵町一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者について、次のとおり一般不妊治療（またはその調剤）を実施し、それにかかわる医療（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　　㊞

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（　　）	妻	（　　）
生年月日		昭和 平成　　年　　月　　日（　　歳）		昭和 平成　　年　　月　　日（　　歳）
貴医療機関における治療開始年月日		平成・令和　　年　　月　　日		
今回の治療期間		年　　月　　日 ～　　年　　月　　日		

当該患者が今回行な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
- □ 精液検査
- □ タイミング療法
- □ 精巣生検
- □ 排卵誘発法（　　回）
- □ 人工受精（　　回）
- □ 手術療法（手術方法　　）
- □ その他（　　）

・ 院外処方の有無　（□ あり　□ なし）

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		保検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				
	年　　月分				
	年　　月分				
	年　　月分				
	年　　月分				
	年　　月分				
	年　　月分				
	年　　月分				
	年　　月分				
	年　　月分				
	年　　月分				
	年　　月分				

注1 当該患者に関して行なった不妊治療（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「あり」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収額分」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、食事療法費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない医療費は含まないでください。