

様式第3号（第6条関係）

大和高田市一般不妊治療費等助成金（一般不妊治療分）交付に係る受診等証明書

年 月 日

大和高田市長 宛

（医療機関）所在地

名 称

医師名

印

下記のとおり一般不妊治療を実施したことを証明します。

(ふりがな)				
受診者氏名	夫		妻	
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 日から		年 月 日まで	
◎上記患者が、今回受けた不妊治療について、主な治療・検査等ご記入ください。 <input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤（ 回） <input type="checkbox"/> 人工授精（ 回） <input type="checkbox"/> 手術療法（手術法 ） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
院外処方の有無（ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ）				
本人負担額の内訳	受診年月	医療機関徴収分		薬局徴収分
		保険診療分		②保険診療以外の本人負担額
		医療費総額	①本人負担額	
	年 4月分			
	5月分			
	6月分			
	7月分			
	8月分			
	9月分			
	10月分			
	11月分			
	12月分			
	年 1月分			
	2月分			
3月分				
今回の治療にかかった合計金額				
領収金額		円（上記本人負担額①+②+③の合計額）		

- 1 一般不妊治療に係るもののみ御記入ください。
- 2 の該当項目をチェックしてください。
- 3 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接治療に関係のない費用は、含まないでください。
- 4 院外処方の有無が「有」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転記ください。