

証明日 年 月 日

大和高田市長宛

大和高田市不妊治療費助成金（不育治療分）に関する受診証明書

（医療機関）所在地

名称

医師氏名

印

次のとおり一般不妊治療等のうち不育治療を実施したことを証明します。

受診者(夫)		フリガナ			
		(氏名)		(生年月日) 年 月 日 歳	
受診者(妻)		フリガナ			
		(氏名)		(生年月日) 年 月 日 歳	
治療期間の初日		年 月 日			
治療期間		年 月 日から 年 月 日まで			
本人負担額の内訳		不育治療 院外処方の有無 (☐ 有 ・ ☐ 無)			
		☐ 検査名 ()			
		☐ 薬物療法 (内服、注射) ()			
		☐ 手術療法 (手術法) ()			
		☐ その他 ()			
	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	③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				
	1 0 月分				
	1 1 月分				
	1 2 月分				
	年 1 月分				
	2 月分				
	3 月分				
不育治療に要した費用の総額 領収金額 円(本人負担額①+②+③の合計額)					
【誓約事項】(該当する□に☑を記入してください。全て☑が無い場合は助成対象となりません。)					
☐ この証明書の作成に要する費用、食事療養標準負担額(入院した場合に要する食事代をいう。)、個室料その他不妊治療に関係ない費用は記載していません					
☐ 院外処方の有無が「有」の場合は、本人の負担額の内訳欄の薬局徴収分へ薬局の領収書から転記しています。					