

大和高田市一般不妊治療費等助成金（不育治療分）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

下記のとおり不育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、今回受けた不育治療について、主な治療・検査等ご記入ください。				
□検査名 () □薬物療法(内服、注射) ()				
□手術療法(手術法) □その他 ()				
院外処方の有無 (□有 ・ □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	③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 不育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。