

様式第2号(第6関係)

一般不妊治療等医療機関受診等証明書

年 月 日

(医療機関) 所在地  
 名称  
 主治医氏名



下記の者について、次のとおり一般不妊治療等を実施し、これに係る医療(調剤)費の本人負担額を徴収したことを証明します。

治療の種類		<input type="checkbox"/> 一般不妊治療		<input type="checkbox"/> 反復・習慣流産治療		
受診者	夫	(ふりがな) 氏名	( )	妻	(ふりがな) 氏名	( )
		生年月日	年 月 日		生年月日	年 月 日
貴医療機関における治療開始年月日			年 月 日			
治療期間			年 月 日～ 年 月 日			
院外処方の有無			<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			

備考

- 1 当該患者に行った、一般不妊治療等に係るもののみご記入ください。(体外受精や顕微授精等の生殖補助医療に係る治療は除いてください。)
- 2 院外処方が「有」の場合、本人から院外処方薬に係る薬局の領収書を添付してもらいますので、本人負担額の内訳欄(裏面)の薬局徴収分への記入は必要ありません。
- 3 治療に直接関係のない費用(入院費、文書料、食事代等)は含まないでください。

(裏面もご記入ください)

(裏面) 【本人負担額内訳】

区分	診療年月日		医療機関徴収分(円)				薬局徴収分	
			保険診療		保険診療以外 本人負担額	院内処方 本人負担額	院外処方 本人負担額 (※市記載欄)	
			医療費総額	本人負担額				
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
年	月	日						
小 計				①	②	③	④	
治療期間中に一般不妊、反復・習慣流産治療にかかった金額			医療機関自己負担分 ⑤(①+②+③)				円	

※市記載欄	自己負担額合計(④+⑤)	円
-------	--------------	---