

様式第2号 (第6条関係)

田原本町一般不妊治療・不育症治療費助成金交付に係る受診等証明書

田原本町長 殿

年 月 日

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・不育症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、該当する箇所にご記入ください。<br><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"/> 精巣検査 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤 ( 回)<br><input type="checkbox"/> 人工授精 ( 回) <input type="checkbox"/> 手術療法 (方法 ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) |      |         |        |         |
| ◎上記患者が、今回受けた不育症治療について、該当する箇所にご記入ください。<br><input type="checkbox"/> 不育症スクリーニング検査 (検査名: )<br><input type="checkbox"/> 薬物療法 (内服・注射) <input type="checkbox"/> 手術療法 (方法 ) <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<br>内訳                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 受診年月 | 医療機関徴収分 |        | 薬局徴収分   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      | 保険診療分   |        | 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  |         |        |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 10月分 |         |        |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 11月分 |         |        |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 12月分 |         |        |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 年1月分 |         |        |         |
| 2月分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |         |        |         |
| 3月分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |         |        |         |
| 今回の治療費の合計金額<br>領収金額 円 (上記本人負担額①+②+③の合計)                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |         |        |         |

1. 一般不妊治療 (体外受精及び顕微授精を除く)・不育症治療に係るもののみご記入ください。
2. の該当項目をチェックしてください。
3. 文書料、食事療養費負担額、個室料等の直接治療費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」欄が「有」の場合は、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」欄へ薬局の領収書から転記ください。

5. 「今回の治療期間」欄は、4月1日から翌3月31日までの期間でご記入ください。