年　　月　　日

川南町一般不妊治療費等助成金受診等証明書

医療機関　　名　　　称

所　在　地

主治医氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

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

記

医療機関記入欄（主治医が御記入ください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）受診者氏名 | 男　性 | （　　　　　　　　　　　） | 女　性 | （　　　　　　　　　　　） |
| 受診者生年月日 | 　　年　　月　　日（　　歳） | 　　年　　月　　日（　　歳） |
| 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　～　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 当該患者が今回行った不妊治療（該当項目の□にチェックし、必要なものは記入してください。）　□　タイミング療法　　　　　　　　　□　薬物療法□　人工授精（　　　　回）　□　手術療法（手術方法：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 院外処方の有無　（　□　あり　　　□　なし　） |
| 本人負担額の内訳 | 区　分 | 医療機関徴収分 | 薬局徴収分 |
| 保険診療額 | ②保険診療外　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 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 　　年　５月 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 　　年　６月 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 　　年　７月 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 　　年　８月 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 　　年　９月 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 　　年１０月 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 　　年１１月 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 　　年１２月 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 　　年　１月 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 　　年　２月 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 　　年　３月 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 【本人負担額】合計金額　　　　　　　　　　　　　　円　（①～③の合計額） |

備考

文書費、食事療育費標準負担額、個室料等の直接的な治療費でない費用は、含まない。