様式第２号(第７条関係)

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。