

蒲郡市不育症治療費等助成事業受診等証明書

次のとおり不育症の治療等を実施し、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。

年 月 日

医療機関名及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医がご記入下さい）

受診者氏名	夫			妻		
受診者生年月日		年	月		日（歳）	年
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	
検査内容	<input type="checkbox"/> 免疫異常に関する検査				（ ）	
	<input type="checkbox"/> 内分泌異常に関する検査				（ ）	
	<input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常に関する検査				（ ）	
	<input type="checkbox"/> 子宮形態異常に関する検査				（ ）	
	<input type="checkbox"/> その他				（ ）	
治療内容						
院外処方の有無（ <input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 無し ）						
－ 本人負担額の内訳 －						
区分	医療機関徴収分			薬局徴収分		
	保険診療分		保険診療以外分		本人負担額③	
	本人負担額①		本人負担額②			
年 月分	円		円		円	
年 月分	円		円		円	
年 月分	円		円		円	
年 月分	円		円		円	
年 月分	円		円		円	
年 月分	円		円		円	
年 月分	円		円		円	
年 月分	円		円		円	
年 月分	円		円		円	
年 月分	円		円		円	
〔今回の治療にかかった本人負担額合計〕						
領収金額			円（①～③の合計額）			

注1 不育症の治療等に係るもののみご記入下さい。
 2 院外処方有りの場合、薬局徴収分は薬局の領収書から本人負担額を転記して下さい。
 3 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないで下さい。
 ※不育症の治療又は検査を開始した日からその妊娠に係る出産（流産、死産等を含む。）までの期間をご記入下さい。