第２号様式（第５条関係）

一般不妊治療費助成事業受診等証明書

　下記の者については、不妊治療を行わなければ妊娠の見込みがないか、又は極めて少ないと思われるため、一般不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　医療機関の名称及び所在地

主治医氏名　　　　　　　　　印

　医療機関記入欄(主治医が記入すること。)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (フリガナ)  受診者氏名 | | 夫 | (　　　　　　　　　　) | | | 妻 | | (　　　　　　　　　　) | |
| 受診者  生年月日 | | 年　　月　　日(　歳) | | | 年　　月　　日(　歳) | |
| ○当該患者が今回行った不妊治療について該当箇所に記入してください。  　・タイミング療法　＜実施(　　　回)・未実施＞  　・排卵誘発法　　　＜実施(　　　回)・未実施＞  　・人工授精　　　　＜実施(　　　回)・未実施＞  　・その他　　＜　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＞  ○院外処方の有無　　□有　・　□無 | | | | | | | | | |
| 今回の  治療期間 | | | | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | | |
| 本人負担額等の内訳 | 区　分 | | | 医療機関分 | | | | | 薬局分 |
| 保険診療分 | | | 保険対象外額 | | 負担金額 |
| 診療点数 | 負担金額 | |
| 年　月分 | | |  |  | |  | |  |
| 年　月分 | | |  |  | |  | |  |
| 年　月分 | | |  |  | |  | |  |
| 年　月分 | | |  |  | |  | |  |
| 年　月分 | | |  |  | |  | |  |
| 年　月分 | | |  |  | |  | |  |
| 年　月分 | | |  |  | |  | |  |
| 年　月分 | | |  |  | |  | |  |
| 年　月分 | | |  |  | |  | |  |
| 年　月分 | | |  |  | |  | |  |
| 年　月分 | | |  |  | |  | |  |
| 年　月分 | | |  |  | |  | |  |
| ○今回の治療内容について記入してください。  ※治療を中断した場合は、その経過についても記入をしてください。 | | | | | | | | | |
| 領収年月日　　　　　　年　　　月　　　日～　　　　　年　　　月　　　日  領収金額　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | |

注１　一般不妊治療に係る費用についてのみ記入してください。

　２　予防接種料、証明書発行に係る文書料等の治療に直接関係のない費用は、含めないでください。

　３　夫婦合算額を記入してください。

　４　「院外処方の有無」が「有」の場合は、「薬局分」へも記入してください。