

平群町一般不妊・不育治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療・不育治療(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。

年 月 日

医療機関

名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄(主治医が御記入ください。)

(ふりがな)					
受診者氏名	夫			妻	
受診者生年月日		年	月	日生	年 月 日生
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、今回受けた不育治療について、記入してください。					
・ 院外処方の有無(☐ 有 ・ ☐ 無)					
本人負担額の内訳	利用年月	医療機関徴収分			薬局徴収分
		保険診療分		保険診療以外の 本人負担額 ②	本人負担額 ③
		医療費総額	本人負担額 ①		
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
	今回の治療にかかった合計金額 領収金額 円(上記本人負担額①+②+③の合計額)				

注 1 当該患者に関して行った不育治療に係るもののみ御記入ください。
2 ☐に該当項目をチェックしてください。
3 院外処方の有無が「有」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
4 文書料、食事療養費標準負担額、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。