

様式第3号（第7条関係）

広陵町一般不妊治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

広陵町長 殿

医療機関 所在地

名称

医師名 印

次のとおり一般不妊治療を実施したことを証明します。

ふりがな 受診者氏名	夫		妻		
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 <span style="float: right;">年 月 日</span>					
（ ）年度の治療期間 <span style="float: right;">年 月 日～年 月 日</span>					
◎上記患者が今回受けた一般不妊治療について該当するものにチェックしてください。ただし、第三者からの精子、卵子又は胚の提供によるもの及び第三者が妊娠・出産するものは対象外としてください。					
<input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤（ 回） <input type="checkbox"/> 人工授精（ 回） <input type="checkbox"/> 手術療法（手術法 <span style="float: right;">）</span> <input type="checkbox"/> その他（ <span style="float: right;">）</span>					
院外処方の有無（ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無）					
本人負担額の内訳	医療機関徴収分			薬局徴収分	
	保険診療分			②保険診療以外の自己負担額	③本人負担分
	医療費総額		①本人負担額		
	年4月分				
	5月分				
	6月分				
	7月分				
	8月分				
	9月分				
	10月分				
	11月分				
	12月分				
	年1月分				
	2月分				
3月分					
今回の治療にかかった合計金額 <span style="float: right;">領収金額    円（①+②+③の合計額）</span>					

※文書料、食事療養標準負担額、個室料その他治療に直接関係のない費用は含めないでください。

※院外処方に係る③の額があるときは、薬局の領収書から本人負担額を転記してください。