

第4号様式（第7条関係）

上牧町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（主治医がご記入ください。）

(ふりがな) 受診者氏名		夫	()	妻	()	
受診者生年月日			年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)	
貴医療機関における治療開始年月日			年 月 日			
治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日				
不育治療の内容 ○当該患者が、今回行った不育治療について該当箇所に☑又は記入して下さい。		<input type="checkbox"/> 不育症の診断に係る検査（内容： ） <input type="checkbox"/> 不育症に対する治療（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	本人負担 合計額④	
		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			
	年 4 月分	円	円	円	円	円
	年 5 月分	円	円	円	円	円
	年 6 月分	円	円	円	円	円
	年 7 月分	円	円	円	円	円
	年 8 月分	円	円	円	円	円
	年 9 月分	円	円	円	円	円
	年 10 月分	円	円	円	円	円
	年 11 月分	円	円	円	円	円
	年 12 月分	円	円	円	円	円
	年 1 月分	円	円	円	円	円
年 2 月分	円	円	円	円	円	
年 3 月分	円	円	円	円	円	
[今回の治療にかかった金額合計] 領収金額					円 (④の合計金額となります。)	

- 注1 当該患者に関して行った不妊治療に係るもののみご記入ください。（1治療期間につき1枚記入してください）
 2 □は該当項目をチェックしてください。
 3 院外処方の有無が「有り」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、個室料等の治療以外の費用は含まないでください。
 5 別疾患の治療及び経過観察を目的に処方された薬または実施された医療行為に係る費用は含まないでください。
 6 治療期間とは、生殖補助医療の治療期間とは重複しないものとします。