

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				
今回の治療期間		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。		☐ 不育症の診断に係る検査（内容： ） ☐ 不育症に対する治療（内容： ）					
・院外処方の有無（ ☐ 有り・ ☐ 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育治療に係るもののみご記入ください。
2 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。
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ください。