

第4号様式（第8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							
○当該患者が、今回行った不育治療について該当箇所に記入して下さい。									
・院内処方の有無（□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。