第２号様式（第６条関係）

一般不妊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（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

医療機関又は薬局
名　称
所在地
主治医又は薬剤師の氏名
（自署の場合、押印不要）

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。薬局の場合は太枠内のみご記入ください。）

（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、今回行った不妊治療について該当箇所に記入して下さい。

□不妊症スクリーニング検査　　□精液検査
□タイミング療法　　□精巣生検
□排卵誘発法（　　回）　　□人工授精（　　回）
□手術療法（手術方法　　）
□その他（　　）

・院外処方の有無（　□　有　・　□　無　）

	区　分	保険診療分		保険診療以外の本人負担額
		医療（又は調剤）費総額	本人負担額	
本人負担額の内訳	年　３月分	円	円	円
	年　４月分	円	円	円
	年　５月分	円	円	円
	年　６月分	円	円	円
	年　７月分	円	円	円
	年　８月分	円	円	円
	年　９月分	円	円	円
	年１０月分	円	円	円
	年１１月分	円	円	円
	年１２月分	円	円	円
	年　１月分	円	円	円
	年　２月分	円	円	円

〔今回の治療にかかった金額合計〕
領収金額　　円　（上記本人負担額の合計額となります。）

※ 薬局のみご記入ください。
処方依頼のあった医療機関名

注１　当該患者に関して行った不妊治療（体外受精及び顕微授精を除く。）に係るもののみご記入ください。
２　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。
３　□は該当項目をチェックしてください。