様式第２号(第５条関係)

不妊治療費助成事業受診等証明書

　　年　　月　　日

愛南町長　様

医療機関等

　　所在地

　　名　称

主治医氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

下記のとおり不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

医療機関記入欄　(主治医が御記入ください。)　　　　　　□一般のみ　□特定のみ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 妻 | | | | | 夫 | |
| (ふりがな)  患者氏名 | (　　　　　　　　　　　　) | | | | | (　　　　　　　　　　　　) | |
| 生年月日 | 年　　月　　日(　　歳) | | | | | 年　　月　　日(　　歳) | |
| 治療開始年月日 | | | 年　　月　　日 | | | 院外処方の有無 | 有　・　無 |
| 区分  不妊治療実施月 | | | | 保険診療分 | | | 保険外医療費分  (自己負担額) |
| 医療費総額 | 自己負担額 | |
| 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 |
| 年　　　３月分 | | | | 円 | 円 | | 円 |
| 領収金額  (今回の治療の合計金額) | | | | 不妊治療費(男性不妊治療費を除く。)　　　　　　　　　円  男性不妊治療費　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | |
| 治療内容 | | * 不妊検査(治療の一環によるものに限る。)　　□ タイミング法 * ホルモン療法　 　　□ 薬物療法　　　　　　□排卵誘発法 * 顕微授精　　　　 　□ 人工授精　　　 　□体外受精 * 男性不妊治療　　 　□その他 | | | | | |

※入院時の食事療養費及び差額ベッド代並びに文書作成料は、助成対象外のため記載しないでください。