

様式第2号(第5条関係)

遠野市一般不妊治療医療機関受診等証明書

年 月 日

(医療機関) 所在地 _____

名 称 _____

主治医氏名 _____ 印

下記の者について、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)費の本人負担額を徴収したことを証明します。

受診者	夫	(ふりがな)	()		妻	(ふりがな)	()	
		氏名				氏名		
		生年月日	年	月		日	生年月日	年
貴医療機関における治療開始年月日				年 月 日				
今診療年度の治療期間				年 月 日～ 年 月 日				
院外処方の有無				<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無				
区分	診療年月	医療機関徴収分				薬局徴収分		
		保険診療		保険診療以外の 本人負担額	院内処方 本人負担額	院外処方 本人負担額 (※市記載欄)		
医療費総額	本人負担額							
本人負担額の内訳	年 月分							
	年 月分							
	年 月分							
	年 月分							
	年 月分							
	年 月分							
	年 月分							
	年 月分							
	年 月分							
	年 月分							
	年 月分							
小 計		①	②	③	④			
今診療年度の不妊治療にかかった金額 (医療機関自己負担分)		⑤(①+②+③)				円		

※市記載欄	不妊治療自己負担額合計(④+⑤)	円
-------	------------------	---

備考

- 1 当該患者に関して行った、一般不妊検査や治療等に係るもののみご記入ください。なお、体外受精や顕微授精等の特定不妊治療は除いてください。
- 2 院外処方の有無が「有」の場合、本人から院外処方薬に係る薬局の領収書を添付してまいりますので、本人負担額の内訳欄の薬局徴収分への記入は必要ありません。
- 3 入院費、食事代等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。