

遠野市不育症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

次の者に不育症治療（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 月 日
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			□ 有 ・ □ 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		不育症治療自己負担額合計 (④+⑤)			円	

備考

- 1 当該受診者に関し行った不育症検査、治療等に係るもののみ記入してください。
- 2 院外処方の有無が「有」の場合、受診者本人に院外処方薬に係る薬局の領収証を提出させるので、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、食事代等の不育症治療に直接関係ない費用は含まないでください。