

様式第3号 (第6条関係)

遠野市不育症治療医療機関受診等証明書

年 月 日

遠野市長 様

医療機関 所在地  
 名 称  
 主治医氏名

印

次の者に関し不育症治療の必要が認められることから、不育症治療の実施及びその医療（調剤）費の自己負担額を次のとおり領収したことについて、次のとおり証明します。

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
治療開始年月日		年 月 日				
今回の治療期間		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	医療機関領収分				薬局領収分
		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
今回の不育症治療に要した金額 (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 不育症治療（一般不妊治療及び特定不妊治療を除く。）に係る自己負担額のみ記入してください。
- 2 院外処方が「有」の場合は、調剤に係る自己負担額を記入する必要はありません。
- 3 入院時の差額室料代、食事代、文書料、物品代、栄養補助食品代その他一般不妊治療に直接関わらない費用は含まないでください。