

様式第2号(第6条関係)

大津町一般不妊治療費助成事業受診等証明書

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、次のとおり人工授精(又はその調剤)を実施し、これに係る医療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
		住所			住所	
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	
		人工授精 実施日	本人負担額	院内処方 本人負担額	院外処方 本人負担額 (※町記載欄)	
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	
不妊治療にかかった金額 (医療機関自己負担分)		④ (①+②)			円	

※町記載欄	不妊治療自己負担額合計(③+④)	円
-------	------------------	---

【備考】

- 1 当該患者に関して行った、人工授精に係るもののみご記入ください。
- 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いただきますので、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 文書料、個室料等の治療に直接関係のない費用は含めないでください。