様式第２号（第６条関係）

幕別町一般不妊治療費用助成受診等証明書

　下記の者については、次のとおり一般不妊治療(又はその調剤の処方)を実施し、これに係る医療(調剤)費自己負担額を徴収したことを証明します。

令和　　　年　　月　　日

幕別町長　　様

医療機関又は薬局の名称

及び所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

医療機関記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (フリガナ)受診者氏名 | 夫 | (　　　　　　　　　) | 妻 | (　　　　　　　　　　　　) |
| 受診者生年月日 | 年　　月　　日(　　歳) | 年　　月　　日(　　歳) |
| 貴医療機関における治療開始年月日 | 　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 今回の治療期間 | （和暦）　　　　年　　月　　日　～　　　　　　　年　　月　　日 |
| 当該受診者が、今回行った一般不妊治療について記入してください。 |
| ・院外処方の有無(□　有り・□　無し) |
| 自己負担額の内訳 | 区分 | 医療機関徴収分 | 薬局徴収分 | 自己負担合計額（①＋②＋③）＝④ |
| 保険診療分 | 保険診療以外の自己負担額② | 自己負担額③ |
| 医療費総額 | 自己負担額① |
| 　年１月分 |  円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 　年２月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 　年３月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 　年４月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 　年５月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 　年６月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 　年７月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 　年８月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 　年９月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 　年10月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 　年11月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 　年12月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| [今回の治療にかかった金額の合計（④の合計額)]　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

注１　当該患者に関して行った一般不妊治療(体外受精及び顕微授精を除く。)に係るもののみご記入ください。

２　□は、該当項目をチェックしてください。

３　院外処方の有無が｢有り｣の場合は、｢自己負担額の内訳｣欄の｢薬局徴収分｣へ薬局の領収書から自己負担額を転記してください。

４　文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は、含まないでください。