第２号様式（第７条関係）

桜井市一般不妊治療費助成事業受診等証明書

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）を実施し、これに係る医療（調剤）費（本人負担額）を徴収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名　　印

医療機関記入欄（主治医が御記入ください。）

（ふりがな） 受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日		年　　月　　日生		年　　月　　日生
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	年　　月　　日から　　年　　月　　日まで			

◎上記患者が、今回受けた不妊治療について、該当する箇所に御記入してください。

☐　不妊症スクリーニング検査　　☐　精液検査

☐　タイミング療法　　☐　精巣生検

☐　排卵誘発法（　　回）　　☐　人工受精（　　回）

☐　手術療法（手術方法　　）

☐　その他（　　）

・　院外処方の有無（　☐　有　・　☐　無）

本人負担額の内訳	利用年月	医療機関徴収分			薬局徴収分
		保険診療分		保険診療以外の本人負担額 ②	本人負担額 ③
		医療費総額	本人負担額 ①		
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円

今回の治療にかかった合計金額

領収金額　　円（上記本人負担額①＋②＋③の合計額）

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

２　☐に該当項目をチェックしてください。

３　文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接治療費に関係のない費用は、含めないでください。