

第2号様式（第7条関係）

香芝市一般不妊治療費助成金交付に係る受診等証明書

年 月 日

香芝市長 様

医療機関 所在地

名 称

医師名

⑥

次のとおり一般不妊治療を実施したことを証明します。

フリガナ				
受診者氏名	夫		妻	
生年月日		年 月 日		年 月 日
()年度の治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
◎上記患者が、今回受けた一般不妊治療について該当するものにチェックしてください。ただし、第三者からの精子、卵子又は胚の提供によるもの及び第三者が妊娠・出産するものは対象外としてください。 <input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤 (回) <input type="checkbox"/> 人工授精 (回) <input type="checkbox"/> 手術療法 (手術法) <input type="checkbox"/> その他 ()				
院外処方の有無 (□有・□無)				
本人負担額の内訳	支払年月	医療機関徴収分		薬局徴収分
		保険診療分		②保険診療以外の本人負担額
	医療費総額	①本人負担額	③本人負担額	
	年4月分			
	5月分			
	6月分			
	7月分			
	8月分			
	9月分			
	10月分			
	11月分			
	12月分			
	年1月分			
2月分				
3月分				
今回の治療にかかった合計金額		領収金額	円 (①+②+③の合計額)	

※文書料、食事療養費標準額、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。
 ※院外処方に係る③の額があるときは、薬局の領収書から本人負担額を転記してください。