様式第３号（第５条関係）

丸森町一般不妊治療受診等証明書

年　　月　　日

医療機関の名称

所在地

電話番号

主治医氏名　　印

（※主治医が自署又は記名押印）

下記のとおり不妊治療費等助成事業の対象となる一般不妊治療を実施したことを証明します。

＜医療機関記入欄＞

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（　　）	妻	（　　）
受診者生年月日		年　　月　　日		年　　月　　日
貴医療機関における治療開始年月日	年　　月　　日			
今年度（３月～翌年２月）の治療期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日			

○当該患者が、今回行った不妊治療について当該箇所に記入してください。

□　タイミング療法　　□　排卵誘発法　（　　回）

□　人工授精　（　　回）　　□　その他（　　）

○院外処方の有無　　□有　　□無

	診療年月	医療機関徴収分			薬局徴収分
		保険診療		院内処方 本人負担額	院外処方本人負担額 （※町記載欄）
		医療費総額	本人負担額		
本人負担額の内訳	年　月分	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円
	小　　計		①　円	②　円	③　円
今年度の一般不妊治療に要した金額	④（①+②＋本証明書への記載料） 円　（うち本証明書への記載料　　円）				

※町記載欄	一般不妊治療自己負担額合計（③+④）　　円

【注意事項】

１　当該患者に関して行った一般不妊治療及びこれらに必要な検査等（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　院外処方が「有」の場合は、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、薬局徴収分の欄を記入する必要はありません。

４　食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費でない費用は、含まないでください。本証明書への記載料を徴収する場合はその金額も含むことができます。

５　証明書は、３月から翌年２月までの診療分について記入してください。