

様式第2号（第7条関係）

不妊検査・一般不妊治療費助成申請に係る証明書

次の者について、不妊検査・一般不妊治療（又はその調剤）を実施し、これに係る検査・治療（調剤）費等の本人負担額を受領したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

印

| (ふりがな)<br>受診者氏名                  | 夫                             | ( )        |       | 妻   | ( )           |               |  |
|----------------------------------|-------------------------------|------------|-------|---|---------------|---------------|--|
|                                  |                               |            |       |   |               |               |  |
| 受診者生年月日                          |                               | 年 月 日 ( 歳) |       |   | 年 月 日 ( 歳)    |               |  |
| 医療機関における治療開始年月日                  |                               |            |       | 年 月 日   |               |               |  |
| 今診療の不妊検査・一般不妊治療期間                |                               |            |       | 年 月 日 ~ 年 月 日   |               |               |  |
| 院外処方の有無                          |                               |            |       | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 |               |               |  |
| 区分                               | 診療年月                          | 医療機関受領分    |       |   |               | 薬局受領分         |  |
|                                  |                               | 保険診療       |       | 保険診療以外<br>の本人負担額  | 院内処方<br>本人負担額 | 院外処方<br>本人負担額 |  |
|                                  |                               | 医療費総額      | 本人負担額 |   |               | (※三次市記載欄)     |  |
| 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             | ④             |  |
| 今診療年度の不妊治療にかかった金額<br>(医療機関自己負担分) | ⑤ (①+②+③) 円                   |            |       |   |               |               |  |
| その他特記事項                          |                               |            |       |   |               |               |  |
| ※三次市記載欄                          | 不妊検査・一般不妊治療自己負担額合計 (④+⑤)<br>円 |            |       |   |               |               |  |

\*当患者に関して行った、一般不妊検査や治療等に係るもののみご記入ください。文書料、入院時の差額ベッド代や食事代など直接治療に関係ないものは含みません。

\*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もらいますので、本人負担額の内訳欄の薬局受領分への記入は必要ありませんが、処方日及び薬剤名については、その他特記事項欄にご記入ください。

\*証明内容について、本人同意のもと三次市健康推進課職員が問合わせする場合があります。

\*「※三次市記載欄」は、市で記載します。