様式第３号（第６条関係）

**鹿部町生殖補助医療費助成事業受診等証明書**

下記の者については、次のとおり生殖補助医療（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　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

医療機関記入欄（主治医が御記入ください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （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 | | 年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 検査・不妊  治療の内容 | | □体外受精　　　　　　　　□顕微授精  □胚移植　　　　　　　　　□胚培養  □胚凍結保存　　　　　　　□採卵  □精巣内精子採取　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 院外処方の有無 | | □有り　　　　　　　　　　□無し | | | | | | | |
| 本人負担額の内訳 | 区分 | 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 | |
| 年４月分 | 円 | | 円 | | 円 | | | 円 |
| 年５月分 | 円 | | 円 | | 円 | | | 円 |
| 年６月分 | 円 | | 円 | | 円 | | | 円 |
| 年７月分 | 円 | | 円 | | 円 | | | 円 |
| 年８月分 | 円 | | 円 | | 円 | | | 円 |
| 年９月分 | 円 | | 円 | | 円 | | | 円 |
| 年10月分 | 円 | | 円 | | 円 | | | 円 |
| 年11月分 | 円 | | 円 | | 円 | | | 円 |
| 年12月分 | 円 | | 円 | | 円 | | | 円 |
| 年１月分 | 円 | | 円 | | 円 | | | 円 |
| 年２月分 | 円 | | 円 | | 円 | | | 円 |
| 年３月分 | 円 | | 円 | | 円 | | | 円 |
| 〔今回の治療にかかった金額合計〕  領収金額　　　　　　　　　　　　　　　円（上記本人負担額①～③の合計となります。） | | | | | | | | | |

　　注１　当該患者に関して行った不妊治療に係る費用のみ御記入ください。

　　　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、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」も記入してください。

　　　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。