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。