様式第２号（第５条関係）

江南市一般不妊治療費助成事業受診等証明書

次の者については、次のとおり一般不妊治療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費〔保険適用外分〕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（主治医がご記入ください。）

（ふりがな） 受 診 者 氏 名	夫	（　　）	妻	（　　）
受診者生年月日（年齢）		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		

〇当該患者が、今回行った不妊治療について該当箇所に記入してください。

☐ 不妊症スクリーニング検査（　回）　☐ 精 液 検 査（　回）
☐ タ イ ミ ン グ 療 法（　回）　☐ 精 巣 生 検（　回）
☐ 排 卵 誘 発 法（　回・周期）　☐ 人 工 授 精（　回）
☐ 手 術 療 法（手術方法 ：　）
☐ その他（　）

・院外処方の有無（☐ 有り・☐ 無し）

本人負担額の内訳	区　分	実費（保険適用外）負担額	
		医療機関徴収分①	薬局徴収分②
	年　３月分	円	円
	年　４月分	円	円
	年　５月分	円	円
	年　６月分	円	円
	年　７月分	円	円
	年　８月分	円	円
	年　９月分	円	円
	年１０月分	円	円
	年１１月分	円	円
	年１２月分	円	円
	年　１月分	円	円
	年　２月分	円	円
	計	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①②の合計額となります。）

注１　当該患者に関して行った不妊治療（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　その他については上記検査、治療以外に行った検査、治療の詳細を記入してください。
４　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」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
５　文書料、食事療養費標準負担額、個室料等治療に直接関係のないものは含まないでください。