第２号様式（第６条関係）

天理市不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり不妊治療（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　　印

医療機関記入欄（主治医が御記入ください。）

（ふりがな）	夫		妻	
受診者氏名				
受診者生年月日		昭和・平成　年　月　日生		昭和・平成　年　月　日生
令和　年度の治療期間		年　月　日　から　年　月　日　まで		

◎上記患者が、今回受けた不妊治療について、該当する箇所に御記入してください。

□　不妊症スクリーニング検査　□　精液検査　□　人工授精　□　ホルモン療法　□　精巣生検
□　薬物療法（内服・注射）　□超音波検査　□　子宮卵管造影　□フーナーテスト
□　タイミング療法　□　手術療法（方法　　）　□　その他（　　）

・院外処方の有無（　□　有　・　□　無　）

本人負担額の内訳	受診年月	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		
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円

今回の治療にかかった合計金額（上記本人負担額①＋②＋③の合計額）

領収金額　　円

注　１　文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接治療費に関係のない費用は、含まないでください。
２　院外処方の有無が「有」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」欄へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
３　夫婦の治療費合算の合計額をご記入ください。