第２号様式（第５条関係）

天理市一般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（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）				
受診者氏名	夫		妻	
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、今回受けた一般不妊治療の保険診療分のみについて、該当する箇所に御記入してください。※生殖補助医療及び先進医療は、含まないでください。

□　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　□　その他（　　）

・院外処方の有無（　□　有　・　□　無　）

	受診年月	医療機関徴収分（注１） 保険診療分（注２） 医療費総額	本人負担額　①	薬局の保険診療分（注１）（注２） 本人負担額　②
本人負担額の内訳		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の合計額）

領収金額　　円

注　１　本人から徴収していない金額は記載しないでください。
２　保険診療分のみ対象です。※保険診療以外の本人負担額は助成の対象外です。
３　院外処方の有無が「有」の場合、「薬局の保険診療分」欄の「本人負担額②」欄へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
４　夫婦の治療費合算の合計額をご記入ください。