

## 王寺町不育治療受診等証明書

下記の者については、次のとおり不育治療(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。)

(フリガナ)											
受診者氏名	夫			妻							
受診者生年月日		昭和・平成	年	月	日生						
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	から		年	月	日	まで

◎上記患者が、今回受けた不育治療について、記入してください。

・院外処方の有無(  有 ・  無 )

本人負担額の内訳	利用年月	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

領収金額

円(上記本人負担額①+②+③の合計額)

注 1 当該患者に関して行った不育治療(不育症を診断するための検査、不育治療の効果を確認するための検査を含む。)に係るもののみご記入ください。

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」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。

3 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。

4 提出の際は、領収書の添付が必要です。