

第2号様式（第6条関係）

受給者番号		(市記入)
-------	--	-------

一般不妊治療費助成受診等証明書

年 月 日

医療機関 又は薬局	所在地	
	名 称	
	主治医氏名又 は薬剤師	印

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）費の本人負担額を徴収したことを証明します。

受診者	夫	(ふりがな)	妻	(ふりがな)
		氏 名		氏 名
		生年月日		生年月日
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日		
今診療年度の治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日		
院外処方の有無		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		
区 分	診療年月	医療機関 本人負担額	薬 局 本人負担額	
本 人 負 担 額 の 内 訳	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	小 計		①	②
領収金額	①+②			円
<p>※薬局のみご記入ください。（複数の医療機関の場合は、連記してください。）</p> <p>処方依頼のあった医療機関名 _____</p>				

備考

- 1 当該患者に関して行った、一般不妊検査や治療等にかかるもののみご記入ください。なお、体外受精や顕微授精等の特定不妊治療は除いてください。
- 2 院外処方の有無が「有」の場合、薬局の証明も必要です。
- 3 入院費、食事代等の治療に直接関係ない費用は含めないでください。