様式第３号（第7条関係）

みよし市不妊治療費助成事業受診等証明書

令和　年　月　日

下記の者については、不妊症と診断し、次のとおり不妊治療等を実施し、これに係る医療(調剤)費を徴収したことを証明します。

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

(ふりがな) 受診者氏名 生 年月 日	夫	年　月　日（　歳）
	妻	年　月　日（　歳）

治療の実施状況	□タイミング療法　□人工授精____回　□体外受精（胚移植）____回　□男性不妊の手術 □先進医療（　）□検査（　） □その他（　）	妊娠の有無	□　無し・□有り 妊娠判定日（　年　月　日）
今回の治療期間	年　月　日　～　年　月　日	○院外処方の有無（□有り・□無し）	

本人負担額の内訳	区分	一般不妊治療(不妊検査・一般不妊治療・人工授精)				生殖補助医療(体外受精・顕微授精・男性不妊・先進医療)			
		医療機関徴収分		薬局徴収分		医療機関徴収分		薬局徴収分	
		保険診療分	保険外診療分	保険診療分	保険外診療分	保険診療分	保険外診療分(先進医療のみ)	保険診療分	保険外診療分(先進医療のみ)
	年 3月分	円	円	円	円	円	円	円	円
	年 4月分	円	円	円	円	円	円	円	円
	年 5月分	円	円	円	円	円	円	円	円
	年 6月分	円	円	円	円	円	円	円	円
	年 7月分	円	円	円	円	円	円	円	円
	年 8月分	円	円	円	円	円	円	円	円
	年 9月分	円	円	円	円	円	円	円	円
	年１０月分	円	円	円	円	円	円	円	円
	年１１月分	円	円	円	円	円	円	円	円
	年１２月分	円	円	円	円	円	円	円	円
	年 1月分	円	円	円	円	円	円	円	円
	年 2月分	円	円	円	円	円	円	円	円
	小計	①　円	②　円	③　円	④　円	⑤　円	⑥　円	⑦　円	⑧　円

［治療にかかった金額合計］

領収金額　　円

※各治療分の上記自己負担額①～⑧の合計額となります。

※注１　院外処方がある場合は、「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。
※注２　文書料、個室料、食事代等の保険適用外の費用は含めないでください。
※注３　証明書に記載のない領収書は、助成金の支給対象外となります。