様式第２号（第６条関係）

武豊町不妊治療費等助成事業受診等証明書

年　　月　　日

医療機関（又は薬局）の名称及び所在地

主治医氏名　　印

下記の者について、次のとおり不妊治療(又はその調剤)を実施し、これに係る保険適用分の医療(調剤)費を徴収したことを証明します。

		氏名	生年月日		氏名	生年月日
受診者	夫		年　　月　　日	妻		年　　月　　日

治療の実施状況	□不妊スクリーニング検査　□タイミング療法　□排卵誘発法 □手術療法（手術方式：　　） □精液検査　□精巣生検　□人工授精（　　回）	□体外受精（胚移植の回数　　回） □顕微授精（胚移植の回数　　回） □その他（　　）

区分	一般不妊治療				生殖補助医療			
	医療機関徴収分		薬局徴収分		医療機関徴収分		薬局徴収分	
	医療点数	自己負担額	医療点数	自己負担額	医療点数	自己負担額	医療点数	自己負担額
年３月分								
年４月分								
年５月分								
年６月分								
年７月分								
年８月分								
年９月分								
年 10 月分								
年 11 月分								
年 12 月分								
年１月分								
年２月分								
合計		①		②		③		④

領収金額　　円（上記本人負担額①～④の合計額となります）

※文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費でない費用や、保険適用外の治療費は含まないでご記入ください。