別記

第１号様式（第４条）

不妊治療等に係る費用の助成事業受診証明書

大網白里市長　　様

保険医療機関等
所在地
名称
主治医氏名　　㊞
（薬剤師氏名）
（自署の場合は押印省略可）

下記のとおり、受診者に対し不妊治療を行ったことを証明します。

<table>
<tr><td rowspan="2">受　診　者</td><td>フリガナ
氏　　名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">今回の
治療内容等
※保険適用に該当する内容</td><td colspan="4">□不妊検査（不妊治療費等を伴わない不妊症を診断するための検査を除く。）
□タイミング法　□人工授精　□体外受精
□顕微授精　□男性に対する治療
□その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">院外処方の有無</td><td colspan="4">□あり　□なし</td></tr>
<tr><td rowspan="6">今回の
治　療
期　間</td><td></td><td>不妊治療等に要した費用
保険点数</td><td>保険適用の不妊治療等に係る自己負担分</td><td>食事療養標準負担額、文書料及び個室料等で不妊治療費等に直接関係のない費用</td><td>合計
保険点数
領収金額</td></tr>
<tr><td>月　日～
月　日</td><td>点</td><td>円</td><td>円</td><td>点
円</td></tr>
<tr><td>月　日～
月　日</td><td>点</td><td>円</td><td>円</td><td>点
円</td></tr>
<tr><td>月　日～
月　日</td><td>点</td><td>円</td><td>円</td><td>点
円</td></tr>
<tr><td>月　日～
月　日</td><td>点</td><td>円</td><td>円</td><td>点
円</td></tr>
<tr><td colspan="2">合計金額</td><td></td><td>円(A)</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="5">不妊治療費等に係る費用の助成事業受診証明書文書料</td><td>円(E)</td></tr>
</table>

注）本受診証明書は、１年度ごと（４月１日～翌年３月３１日）に作成するものとする。