

年 月 日

滝沢市長 様

医療機関 所在地

名称

主治医氏名

印

滝沢市一般不妊治療医療機関受診等証明書

次の者について、次のとおり一般不妊治療を実施し、これに係る医療（調剤）費を次のとおり徴収したことを証明します。

医療機関記入欄（※太枠内を記入してください。）

受診者	(ふりがな) 氏 名	( )	配偶者	(ふりがな) 氏 名	( )
	生年月日	年 月 日		生年月日	年 月 日
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日			
この証明にかかる治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
院外処方の有無		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			

（裏面もご記入ください）

(裏面) 【本人負担内訳】

区分	診療年月日	医療機関徴収分 (円)			薬局徴収分
		保険診療		保険診療以外 本人負担額	院外処方 本人負担額 (※市記載欄)
		医療費総額	本人負担額		
本人負担額の内訳	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
		小 計		①	
治療期間中に一般不妊治療にかかった金額		自己負担分 (保険診療分①+②) ※市記載欄 円			

備考

- 1 当該患者に行った、一般不妊治療等に係るもののみご記入ください。(体外受精や顕微授精等の生殖補助医療に係る治療は除いてください。)
- 2 治療に直接関係のない費用(入院費、文書料、食事代等)は含まないでください。
- 3 院外処方が「有」の場合、本人から院外処方に係る薬局の領収書を添付してもらいますので、院外処方本人負担額への記入は必要ありません。