別記様式第２号（第５条関係）

豊頃町一般不妊治療費助成受診等証明書

　下記の者については、次のとおり一般不妊治療(又はその調剤の処方）を実施し、これに係る医療(調剤）費自己負担額を徴収したことを証明します。

年　　月　　日

豊頃町長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の名称

所在地

代表者氏名　　　　　　　　　　　　㊞

医療機関記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者氏名 | 夫 |  | | | | 妻 |  | |
| 受診者生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） | | | | 年　　月　　日（　　歳） | |
| 貴医療期間における一般不妊治療開始年月日 | | | | | 年　　　月　　　日 | | | |
| 年度における治療期間 | | | | | 年　 月　　日～　　　年　　月　　日 | | | |
| 検査・治療  内容 | 当該受診者が1年度(4月1日から翌年3月31日)に行った一般不妊治療の内容について記入してください。 | | | | | | | |
| 院外処方 | □有　　・　　□無 | | | | | | | |
| 自己負担額 | 自己負担額の合計（保険適用外含む）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | |
| 自己負担額の内訳 | 診療年月 | | 保険診療の自己負担額 | 高額療養費の適用 | | | 院外処方の自己負担額 | 保険適用外の治療 |
| 年4月 | | 円 | 区分(　　）□未確認 | | | 円 | 円 |
| 年5月 | | 円 | 区分(　　）□未確認 | | | 円 | 円 |
| 年6月 | | 円 | 区分(　　）□未確認 | | | 円 | 円 |
| 年7月 | | 円 | 区分(　　）□未確認 | | | 円 | 円 |
| 年8月 | | 円 | 区分(　　）□未確認 | | | 円 | 円 |
| 年9月 | | 円 | 区分(　　）□未確認 | | | 円 | 円 |
| 年10月 | | 円 | 区分(　　）□未確認 | | | 円 | 円 |
| 年11月 | | 円 | 区分(　　）□未確認 | | | 円 | 円 |
| 年12月 | | 円 | 区分(　　）□未確認 | | | 円 | 円 |
| 年1月 | | 円 | 区分(　　）□未確認 | | | 円 | 円 |
| 年2月 | | 円 | 区分(　　）□未確認 | | | 円 | 円 |
| 年3月 | | 円 | 区分(　　）□未確認 | | | 円 | 円 |

(記載上の注意）

１　当該受診者に関して行った一般不妊治療に係るものをご記入ください。

２　文書料や個室料、食事療養費標準負担額等、治療に直接関係ない費用は含まないでください。

３　□は該当項目をチェックしてください。

４　院外処方が「有」の場合は、薬局の領収書から院外処方の自己負担額をご記入ください。

５　高額療養費に係る限度額の確認が取れている場合、適用区分を記入してください。