別記第2号様式（第6条関係）

一般不妊治療医療機関受診等証明書

年　　月　　日

　串本町長　　様

医療機関等

住所

名称

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

下記のとおり、一般不妊治療を実施し本人負担額を領収したことを証明します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (ふりがな)  受診者氏名 | | |  | | | | 男・女 | | 生年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 貴医療機関における一般不妊治療開始年月日 | | | | | | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日　～ | | | | | | | | | | | | |
| (　　　　　)　年度における診療期間 | | | | | | | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | | | | | |
| 保険診療に要した総点数 | | | | | | 点 | 保険診療分の本人負担（領収）金額 | | | | | 円 |
| 保険診療以外の不妊治療に係る本人負担（領収）金額  (ただし、体外受精・顕微授精を除く) | | | | | | | | | | | | 円 |
| 本人負担額の内訳 | 区分 | | | | 保険診療分 | | | | | | 保険診療以外の  本人負担金額 | |
| 診療点数 | | | 本人負担金額 | | |
| 年 4月分 | | | | 点 | | | 円 | | | 円 | |
| 年 5月分 | | | | 点 | | | 円 | | | 円 | |
| 年 6月分 | | | | 点 | | | 円 | | | 円 | |
| 年 7月分 | | | | 点 | | | 円 | | | 円 | |
| 年 8月分 | | | | 点 | | | 円 | | | 円 | |
| 年 9月分 | | | | 点 | | | 円 | | | 円 | |
| 年10月分 | | | | 点 | | | 円 | | | 円 | |
| 年11月分 | | | | 点 | | | 円 | | | 円 | |
| 年12月分 | | | | 点 | | | 円 | | | 円 | |
| 年 1月分 | | | | 点 | | | 円 | | | 円 | |
| 年 2月分 | | | | 点 | | | 円 | | | 円 | |
| 年 3月分 | | | | 点 | | | 円 | | | 円 | |
| 治療の内容 | □不妊症 | □　検査（検査名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　タイミング療法（不妊相談）　　　　□　薬物療法（内服・注射）  □　手術（　　　　　　　　　）　　　　□　人工授精  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| □不育症 | □　検査（検査名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  □　薬物療法（内服・注射）　　□　手術（　　　　　　　　)  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | |
| 院外処方の有無 | | | | □　有り　　　　　　　　□　無 | | | | | | | | |
| 妊娠成立の有無 | | | | □　有り　　　　　　　　□　無　　　　　　　　□　未確認 | | | | | | | | |
| 出産の有無 | | | | □　有り　　　　　　　　□　無　　　　　　　　□　未確認 | | | | | | | | |

1　一般不妊治療(不育治療含む)に関する費用についてのみご記入ください。

2　入院費、食事代等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。

3　治療開始以後、助成を開始した月から2年間助成を受けることができます。(平成19年4月以前に治療を開始した場合は、19年4月以降の診療分で助成を開始した月から2年間助成を受けることができます。)

4　医療機関が発行した受診等証明書の「院外処方の有無」が「有り」の場合は、院外処方に要した費用も対象となります。(薬局が発行する同証明書の添付が必要です。)