様式第２号（第５条関係）

月形町一般不妊治療費助成申請に係る証明書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

月形町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医名　　　　　　　　　　印

　次のとおり一般不妊治療を実施したことを証明します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者氏名 | 夫 |  | 妻 |  |
| 生年月日 | 　　　年　　月　　日（　　歳） | 　　　年　　月　　日（　　歳） |
| 医療機関における治療開始日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 当該申請にかかる治療期間 | 　　　　　　　年　　月　　日～　　　　　　年　　月　　日 |
| 検査・治療内容 | □検査（検査名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□タイミング療法　□薬物療法　□人工授精　□男性不妊治療□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 院外処方の有無 | □有り　　　　　　　□無し |
| 自己負担額内訳 | 区分 | 　　　　　　　　医療機関分 | 　　薬局分 |
| 　　　　　保険診療分 | 保険診療以外の自己負担額② | 自己負担額③ |
| 医療費総額　 | 自己負担額① |
| 　年　１月分 |  |  |  |  |
| 年　２月分 |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |
| 　上記の治療に要した金額合計　　　　　　　　　　円（自己負担額①～③の合計） |