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） | | | | | | | | | |