様式第２号（第５条関係）

月形町不妊治療費等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） |
| 治療開始日 | 年　　　月　　　日 |
| 治療終了日 | 年　　　月　　　日 |
| 検査・治療内容 | □検査（検査名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□薬物療法　　□生殖器の手術　　□タイミング療法　　□人工授精　　□男性不妊治療　　□体外受精　　□顕微授精　　□受精卵･胚培養　　　□胚凍結保存　　　□胚移植　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 院外処方の有無 | □有り　　　　□無し |
| 自己負担額内訳 | 区分 | 通院回数 | 　　　　　　　　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 | 保険診療分 | 自己負担額③ |
| 医療費総額　 | 自己負担額① |
| 年　月分 | 回 |  |  |  |  |  |
| 年　月分 | 回 |  |  |  |  |  |
| 年　月分 | 回 |  |  |  |  |  |
| 年　月分 | 回 |  |  |  |  |  |
| 年　月分 | 回 |  |  |  |  |  |
| 年　月分 | 回 |  |  |  |  |  |
| 年　月分 | 回 |  |  |  |  |  |
| 年　月分 | 回 |  |  |  |  |  |
| 年　月分 | 回 |  |  |  |  |  |
| 年　月分 | 回 |  |  |  |  |  |
| 年　月分 | 回 |  |  |  |  |  |
| 年　月分 | 回 |  |  |  |  |  |
| 上記の治療に要した自己負担額合計　　　　　　　　　　　　円（①～③の合計） |

　　※薬剤を処方している場合は、内容がわかるものを添付願います。（処方箋の写し等）