

安城市一般不妊治療等助成に係る受診等証明書

次のとおり一般不妊治療等（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費〔本人負担額〕を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名 (※)
(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日		年 月 日
貴医療機関における 治療開始年月日	年 月 日（開始時の妻の年齢： 歳）			
助成対象治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
受診者に行った一般不妊治療等（体外受精、顕微授精等生殖補助医療の対象となるものを除く。）に係るもののみ、該当箇所へのチェック及び記入をしてください。 <input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> ホルモン療法 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精（ 回） <input type="checkbox"/> 手術療法（手術方法 ） <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
・院外処方の有無（ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ）				
本人負担額の 内訳	受 診 年 月	医療機関徴収分		薬局徴収分
		本人負担額（月別合計）		本人負担額（月別合計）
	年 3月分	円		円
	年 4月分	円		円
	年 5月分	円		円
	年 6月分	円		円
	年 7月分	円		円
	年 8月分	円		円
	年 9月分	円		円
	年 10月分	円		円
	年 11月分	円		円
	年 12月分	円		円
	年 1月分	円		円
	年 2月分	円		円
計	① 円		② 円	
[今回の治療にかかった金額（上記①②の合計額）] （ア）領収金額 円		[今回の申請に係る文書料] （イ） 円（ 月 日領収）		
上記（ア）（イ）の合計額 円				

注1 院外処方の有無が「有」の場合、「本人負担額の内訳」の「薬局徴収分」に薬局の領収書から本人負担額を転記してください。

2 食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は、本人負担額に含まないでください。

3 「貴医療機関における治療開始年月日」は、今回妊娠を希望して治療を開始した日を記入してください。

4 事実上婚姻関係にある者にあつては、「夫」の欄には事実上婚姻関係にある男性に関するものを、「妻」の欄には事実上婚姻関係にある女性に関するものを記入してください。

医療機関記入見本

安城市一般不妊治療等助成に係る受診等証明書

次のとおり一般不妊治療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費〔本人負担額〕を徴収したことを証明します。

××年××月××日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

※主治医氏名が手書きでない場合は
必ず押印してください。

(※)

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	(あんじょう たろう) 安城 太郎	妻	(あんじょう はなこ) 安城 花子
受診者生年月日		××年××月××日		××
貴医療機関における 治療開始年月日	××年 ××月 ××日 （開始時の妻の年齢： 歳）			
助成対象治療期間	××年 ××月 ××日 ~ ××年 ××月 ××日			
受診者に行った一般不妊治療等（体外受精、顕微授精等）に係るもののみ、該当箇所へのチェック及び記入 □不妊症スクリーニング検査 □ホルモン療法 □タ □手術療法（手術方法 ） □精液検査				
・院外処方の有無（ □ 有 ・ □ 無 ）				
本人負担額の内訳	受 診 年 月	医療機関徴収分		薬局徴収分
		本人負担額（月別合計）		本人負担額（月別合計）
	年 3月分	円		円
	年 4月分	円		円
	年 5月分	円		円
	年 6月分	円		円
	年 7月分	円		円
	年 8月分	円		円
	年 9月分	円		円
	年 10月分	13,500 円		円
	年 11月分	9,040 円		円
	年 12月分	11,080 円		820 円
	年 1月分	10,420 円		820 円
	年 2月分	円		円
計	③	44,040 円	④	1,640 円
[今回の治療にかかった金額（上記①②の合計額）] (ア) 領収金額 45,680 円		[今回の申請に係る文書料] (イ) 2,200 円（ 月 日領収）		
上記(ア)(イ)の合計額 47,880 円		※この受診等証明書作成に係る文書料は助成の対象となりますのでご記入ください。		

注1 院外処方の有無が「有」の場合、「本人負担額の内訳」欄を転記してください。

2 食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は、本人負担額に含まないでください。

3 「貴医療機関における治療開始年月日」は、今回妊娠を希望して治療を開始した日を記入してください。

4 事実上婚姻関係にある者にあっては、「夫」の欄には事実上婚姻関係にある男性に関することを、「妻」の欄には事実上婚姻関係にある女性に関することを記入してください。