別記様式第２号（第５条関係）

厚岸町不妊治療費等助成受診証明書（一般不妊治療）

下記の者については、次のとおり不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　 医療機関　所　在　地

(調剤薬局) 名　　　称及び所在地　　　　　　　　　　 　　代　表　者

　　 電話番号主治医氏名

**医療機関（調剤薬局）記入欄**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | | 夫 |  | | 妻 |  |
| 受診者氏名 | | |  | |  |
| 受診者生年月日 | | | 年　　月　　日（　　歳） | | 年　　月　　日（　　歳） |
| 今回の治療期間（注１） | | | | 年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 治療種別 | | | | □ タイミング療法　　□ 人工授精 | | | |
| 院外処方の有無 | | | | * 有　　　□　無 | | | |
| 治療方法と領収金額（注２） | **【保険適用の治療】**  今回の不妊治療にかかった自己負担分（３割負担分もしくは自己負担限度額分）が対象となります。  食事療養費、入院に伴う差額室料（個室料）及び文書料等といった直接的な治療費ではない費用は含みません。  医療機関(調剤薬局)領収金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　円（通院回数　　　回） | | | | | | |
| **【保険適用外の治療】**  今回の不妊治療にかかった自己負担分（10割負担分）が対象となります。  食事療養費、入院に伴う差額室料（個室料）及び文書料等といった直接的な治療費ではない費用は含みません。  医療機関(調剤薬局)領収金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　円（通院回数　　　回） | | | | | | |
| 受診回数内訳 | | | **年度（該当月に日付を記入してください）** | | | |
| ４月 | 日　　　日　　　日　　　日　　　日  　日　　　日　　　日　　　日　　　日 | | | 10  月 | 日　　　日　　　日　　　日　　　日  　日　　　日　　　日　　　日　　　日 | |
| ５月 | 日　　　日　　　日　　　日　　　日  　日　　　日　　　日　　　日　　　日 | | | 11  月 | 日　　　日　　　日　　　日　　　日  　日　　　日　　　日　　　日　　　日 | |
| ６月 | 日　　　日　　　日　　　日　　　日  　日　　　日　　　日　　　日　　　日 | | | 12  月 | 日　　　日　　　日　　　日　　　日  　日　　　日　　　日　　　日　　　日 | |
| ７月 | 日　　　日　　　日　　　日　　　日  　日　　　日　　　日　　　日　　　日 | | | １  月 | 日　　　日　　　日　　　日　　　日  　日　　　日　　　日　　　日　　　日 | |
| ８月 | 日　　　日　　　日　　　日　　　日  　日　　　日　　　日　　　日　　　日 | | | ２  月 | 日　　　日　　　日　　　日　　　日  　日　　　日　　　日　　　日　　　日 | |
| ９月 | 日　　　日　　　日　　　日　　　日  　日　　　日　　　日　　　日　　　日 | | | ３  月 | 日　　　日　　　日　　　日　　　日  　日　　　日　　　日　　　日　　　日 | |

　（注１）治療期間については、年度ごとに記載してください。（治療に必要な検査、調剤も含みます。）

（注２）薬局の証明の場合は、領収金額のみ記入してください。