別記第２号様式（第６条関係）

池田町一般不妊治療費助成受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療(又はその調剤の処方)を実施し、これに係る医療(調剤)費自己負担額を徴収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関又は薬局の名称
及び所在地
代表者氏名　　印

医療機関記入欄

受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日		年　月　日(　歳)		年　月　日(　歳)
貴医療機関における治療開始年月日	年　月　日			
今回の治療期間	年　月　日 ～　年　月　日			
当該受診者が今回行った一般不妊治療の内容について記入してください。				
・院外処方の有無　□有　・　□無 ・高額療養費制度利用の有無　□有（ア・イ・ウ・エ・オ）　・　□無				
今回の一般不妊治療の自己負担額の合計(保険適用外含む)　円				

自己負担額の内訳

診療年月	保険診療の自己負担	高額療養費の有無	保険適用外の治療	診療年月	保険診療の自己負担	高額療養費の有無	保険適用外の治療
年１月	円	□有・□無	円	年７月	円	□有・□無	円
年２月	円	□有・□無	円	年８月	円	□有・□無	円
年３月	円	□有・□無	円	年９月	円	□有・□無	円
年４月	円	□有・□無	円	年１０月	円	□有・□無	円
年５月	円	□有・□無	円	年１１月	円	□有・□無	円
年６月	円	□有・□無	円	年１２月	円	□有・□無	円

(記載上の注意)

1　当該受診者に関して行った保険診療による一般不妊治療に係るもののみご記入ください。
2　文書料、個室料等の保険診療外の費用、食事療養基準負担額、付加給付は含まないでください。
3　□は該当項目をチェックしてください。
4　院外処方の有無が「有」の場合は、薬局の領収書から自己負担額を加算してください。
5　高額療養費制度利用の有無が「有」の場合は区分を選んでください。