

第4号様式（第7条関係）

大府市不妊治療費助成事業受診等証明書（一般不妊治療）

以下の者については、次のとおり不妊治療（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

医療機関記入欄（太枠内をご記入ください。）

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日	年 月 日			
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		人工授精 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(回)	
本人負担額の内訳	区 分	医療機関徴収分 (保険適用) ※1・2	医療機関徴収分 (保険適用外) ※1・2	薬局徴収分 (※3 院外処方 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)
	年 3月分	円	円	円
	年 4月分	円	円	円
	年 5月分	円	円	円
	年 6月分	円	円	円
	年 7月分	円	円	円
	年 8月分	円	円	円
	年 9月分	円	円	円
	年10月分	円	円	円
	年11月分	円	円	円
	年12月分	円	円	円
	年 1月分	円	円	円
	年 2月分	円	円	円
(事務局記入欄) 小 計	円	円	円	
領収合計:				円

※注（医療機関等へのお願い）

- 1 不妊検査（超音波検査、ホルモン検査、子宮卵管造影検査、クラミジア抗体検査、精液検査、その他不妊治療に必要とする検査）及び一般不妊治療に関する費用をご記入してください。
- 2 文書料、食事療養標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含めないでください。
- 3 院外処方がある場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。