

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<br>(保険適用)<br>※1・2 | 医療機関徴収分<br>(保険適用外)<br>※1・2 | 薬局徴収分<br>(※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。

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。

令和6年6月5日

医療機関の名称及び所在地 ○○産婦人科 大府市中央町○ - ○

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          |         | 大府 太郎                     |                            | 大府 花子                                                                                |  |
| 受診者生年月日        |         | 平成元年1月1日(35歳)             |                            | 平成元年2月1日(35歳)                                                                        |  |
| 貴医療機関における治療開始日 |         | 令和6年1月20日                 |                            |                                                                                      |  |
| 今回の治療期間        |         | 令和6年3月20日～令和6年5月25日       |                            | 人工授精 <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有(1回)           |  |
| 本人負担額の内訳       | 区 分     | 医療機関徴収分<br>(保険適用)<br>※1・2 | 医療機関徴収分<br>(保険適用外)<br>※1・2 | 薬局徴収分<br>(※3 院外処方 <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有) |  |
|                | 令和6年3月分 | 2,000円                    | 円                          | 500円                                                                                 |  |
|                | 年 4月分   | 5,000円                    | 18,000円                    | 円                                                                                    |  |
|                | 年 5月分   | 21,000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。