

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なとする検査）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	夫	大府 太郎		妻	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 (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 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）

- 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なとする検査）及び一般不妊治療に関する費用をご記入してください。
- 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。
- 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。