様式第２号（第６条関係）

高取町一般不妊治療費等助成金（一般不妊治療分）交付に係る受診等証明書

年　　月　　日

高 取 町 長　　様

医療機関
所在地：

名称：

医師名：　　㊞

下記のとおり一般不妊治療を実施したことを証明します。

（ふりがな）				
受診者氏名	夫		妻	
生年月日		年　　月　　日		年　　月　　日
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　　日から　　年　　月　　日　まで		

◎上記患者が、今回受けた不妊治療について、主な治療・検査等ご記入ください。
□不妊症スクリーニング検査　□精液検査　□タイミング療法　□　精巣生検
□排卵誘発剤（　　回）　□人工授精（　　回）
□手術療法（手術法　　）　□その他（　　）

・院外処方の有無（　□　有　・　□　無　）

受 診 年 月		医療機関徴収分			薬局徴収分
		保 険 診 療 分		②保険診療以外の本人負担額	③本人負担額
		医療費総額	①本人負担額		
本人負担額の内訳	年４月分				
	年５月分				
	年６月分				
	年７月分				
	年８月分				
	年９月分				
	年10月分				
	年11月分				
	年12月分				
	年１月分				
	年２月分				
	年３月分				

今回の治療にかかった合計金額

領収金額　　円

（上記本人負担額①+②+③の合計額）

１．一般不妊治療に係るもののみ御記入ください。
２．□の該当項目をチェックしてください。
３．文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接治療費に関係のない費用は、含まないでください。
４．　院外処方の有無が「有」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から転記ください。