# 　様式第２号(第7条関係)

一般不妊治療医療機関等証明書

#  年 月 日

（医療機関）所在地

 名称

主治医氏名

次のとおり一般不妊治療･検査を実施し、これに係る医療費の本人負担額を受領したことを証明します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者 | 夫 | (ふりがな)氏名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  |
| 妻 | (ふりがな)氏名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  |
| 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 |
| 検査・治療の内容チェック又は記入 をしてください。 | 検査内容 | □超音波検査 □ホルモン検査 □子宮卵管造影検査 |
| □精液検査 □その他（ ） |
| 治療内容 | □タイミング療法 □薬物療法 □人工授精 |
| □手術療法（内容： ） |
| □その他（ ） |
| 院外処方の有無 | □ 有 □ 無 |
| 区分 | 診療年月 | 医療機関徴収分 | 薬局徴収分 |
| 保険診療 | 保険診療以外の 本人負担額 | 院内処方本人負担額 | 　院外処方本人負担額※湯沢市記載欄 |
| 医療費総額 | 本人負担額 |
| 本人負担額の内訳 |  年 月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
|  年 月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
|  年 月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
|  年 月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
|  年 月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
|  年 月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
|  年 月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
|  年 月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
|  年 月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
|  年 月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
|  年 月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
|  年 月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 小 計 |  | ①円 | ②円 | ③円 | ④円 |
| 今回の不妊治療にかかった金額（医療機関自己負担額） | ⑤（①+②+③）円 |  |

※湯沢市記載欄

不妊治療自己負担額合計（④＋⑤）

円

１ 一般不妊治療に関する費用についてのみご記入ください。（特定不妊治療は除いてください。）

２ 院外処方の有無が「有」の場合、本人から薬局の領収書を添付してもらいますので、薬局徴収分への記入は必要ありません。

３ 入院時食事療養費・差額ベット代・文書料等は助成対象となりません。

４ 「※湯沢市記載欄」は、市で記載します。