様式第2号（第6条関係）

都留市一般不妊治療費助成事業受診等証明書

　　年　　月　　日

都留市長　　　　様

医療機関等

住　　　所

医療機関名

代　表　者　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

下記のとおり一般不妊治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 男・女 | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 当医療機関における一般不妊治療開始年月日 | 年　　月　　日～ |
| 今回の証明に係る診療期間 | 　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 |
| 保険診療に要した総点数 | 点 | 保険診療分の本人負担（領収）金額 | 円 |
| 保険診療以外の不妊治療に係る本人負担（領収）金額(ただし、生殖補助医療・先進医療を除く) | 円 |
| 本人負担額一年度内訳※ | 区　分 | 保険診療分 | 保険診療以外の本人負担金額 | 区　分 | 保険診療分 | 保険診療以外の本人負担金額 |
| 診療点数 | 本人負担金額 | 診療点数 | 本人負担金額 |
| 　　年　　月分 | 点 | 円 |  | 　　年　　月分 | 点 | 円 |  |
| 　　年　　月分 | 点 | 円 |  | 　　年　　月分 | 点 | 円 |  |
| 　　年　　月分 | 点 | 円 |  | 　　年　　月分 | 点 | 円 |  |
| 　　年　　月分 | 点 | 円 |  | 　　年　　月分 | 点 | 円 |  |
| 　　年　　月分 | 点 | 円 |  | 　　年　　月分 | 点 | 円 |  |
| 　　年　　月分 | 点 | 円 |  | 　　年　　月分 | 点 | 円 |  |
| 治療の内容 | □タイミング療法　　　　　　　□排卵誘発法(内服・注射)　　　　　　　□人工授精□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 院外処方有無 | 有　・　無 | 妊娠成立の有無 | 有　・　無 |

備考

１　食事療養費標準負担額、個室料等の直接関係ない費用は含めないでください。

２　一般不妊治療開始以後、助成を開始した月から５年間助成を受けることができます。

３　医療機関が発行した受診等証明書の「院外処方の有無」が「有」の場合は、院外処方に要した費用も対象となります。（薬局が発行する同証明書の添付が必要です。）

※１年度とは、３月から翌年２月までの診療分を指します。