

様式第2号（第6条関係）

瀬戸市不育症治療に関わる証明書
瀬戸市不育症治療費等助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり不育症治療等を実施し、これに係る医療費〔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

※太枠は必ず主治医がご記入ください。

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		昭和 年 月 日 (歳)		昭和 年 月 日 (歳)
診 断	<input type="checkbox"/> 不育症と診断し、不育症治療が必要であると認めます。 <input type="checkbox"/> 不育症ではないため、不育症治療は必要ないと認めます。			
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
検査の状況	<input type="checkbox"/> 免疫異常に関する検査 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常に関する検査 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 内分泌異常に関する検査 <input type="checkbox"/> 子宮形態異常に関する検査			
治療の状況	<input type="checkbox"/> 出産等により治療終了 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> その他 ()			
不育症治療の内容				

※裏面も必ずご記入ください。

医療調剤費徴収証明

区分	保険診療分			保険診療以外	
	医療費総額	本人負担額①	薬局徴収分 (本人負担額②)	医療機関徴収分 (本人負担額③)	薬局徴収分 (本人負担額④)
年 3月分	円	円	円	円	円
年 4月分	円	円	円	円	円
年 5月分	円	円	円	円	円
年 6月分	円	円	円	円	円
年 7月分	円	円	円	円	円
年 8月分	円	円	円	円	円
年 9月分	円	円	円	円	円
年10月分	円	円	円	円	円
年11月分	円	円	円	円	円
年12月分	円	円	円	円	円
年 1月分	円	円	円	円	円
年 2月分	円	円	円	円	円
小計	円	円	円	円	円

〔今回の治療にかかった金額合計〕

領収金額 円 (上記本人負担額①～④の合計額となります)

- 注1. 当該患者に関して行った不育症治療及び検査に係るもののみご記入ください。
2. 院外処方がある場合は、「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。
3. 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用、出産にかかわる費用は含まないでください。
4. 他の地方公共団体から本事業による助成金と同様の助成金の交付を受ける場合は助成対象外となります。