第２号様式（第５条関係）

瀬戸市不育症治療に係る証明書
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		西暦　　年　　月　　日（　　歳）		西暦　　年　　月　　日（　　歳）
診断	☐ 不育症と診断し、不育症治療が必要であると認めます。 ☐ 不育症ではないため、不育症治療は必要ないと認めます。			
検査・治療内容				
治療期間	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日 〈 治療終了の理由 〉 ☐ 出産等のため ☐ 医師の判断のため ☐ 本人希望 ☐ その他（　　）			

※裏面も必ずご記入ください。

医療調剤費徴収証明

本人負担額の内訳	区分	保険診療以外		
		医療費総額	医療機関徴収分	薬局徴収分
	年　月分	円	円	円
	年　月分	円	円	円
	年　月分	円	円	円
	年　月分	円	円	円
	年　月分	円	円	円
	年　月分	円	円	円
	年　月分	円	円	円
	年　月分	円	円	円
	年　月分	円	円	円
	年　月分	円	円	円
	年　月分	円	円	円
	年　月分	円	円	円
	合計	円	円	円

〔今回の治療にかかった金額合計〕

領収金額　　円

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、出産等に係る費用は含まないでください。