様式第３号（第７関係）

年 月 日

西和賀町長 様

　　　医療機関　所在地

　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医氏名　 　　　　　㊞

西和賀町一般不妊治療医療機関受診等証明書

次の者について、次のとおり一般不妊治療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療費の本人負担額を領収したことを証明します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診  者 | ふりがな |  | | 配偶  者 | ふりがな |  |
| 氏名 | 氏名 |
| 生年月日 | 年 月 日 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 貴医療機関における治療開始年月日 | | | 年 月 日 | | | |
| この証明にかかる治療期間 | | | 年 月 日～ 　　年 月 日 | | | |
| 院 外 処 方 の 有 無 | | | □ 有 ・ □ 無 | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 診療年月日 | | | 医 療 機 関 領 収 分 | | | 薬局徴収分 |
| 保 険 診 療 | | 保険診療以外の本人負担額 | 院外処方本人負担額  (※町記載欄) |
| 医療費総額 | 本人負担額 |
| 受診者負担額の内訳 | 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |
| 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |
| 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |
| 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |
| 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |
| 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |
| 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |
| 配偶者負担額の内訳 | 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |
| 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |
| 年 月 日 | | |  |  |  |  |
| 小　計 | | | |  | ① |  | ② |
| 一般不妊治療にかかった金額  （医療機関自己負担分） | | | | ③(①＋②) | | | |