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)    |