

様式第3号（第5条関係）

刈谷市一般不妊治療等助成金受診等証明書

次の者については、次のとおり一般不妊治療等（調剤を含む。）を実施し、これに係る費用（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 所在地.....
 名 称.....
 主治医氏名.....
 診療科目.....

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

受診者	1	フリガナ		生年月日	年 月 日
		氏 名			
	2	フリガナ		生年月日	年 月 日
		氏 名			
貴医療機関における治療開始年月日			年 月 日	人工授精開始年月日	年 月 日
今回の治療期間			年 月 日 ～ 年 月 日		
治療内容			☐ 不妊症スクリーニング検査 ☐ 精液検査 ☐ タイミング療法 ☐ 精巣生検 ☐ 排卵誘発法（ 回） ☐ 人工授精（ 回） ☐ 手術療法（手術方法 ） ☐ その他（ ）		
妊娠の有無			☐ 有 ☐ 無	院外処方の有無	☐ 有 ☐ 無
本人負担額の内訳	区 分	診療分本人負担額		調剤分本人負担額	
			うち人工授精分		うち人工授精分
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	合計金額	① 円	円	② 円	円
	領収金額（①＋②） 円				

注1 当該受診者に関して行った一般不妊治療等に係るもののみご記入ください。

2 □は、該当項目にレ印を記入してください。

3 院外処方の有無が「有」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「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。

4 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は、除いてください。