

## 岩倉市一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療を実施し、これに係る医療（調剤）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  
所在地  
主治医氏名

医療機関記入欄（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		年 月 日 ( 歳 )		年 月 日 ( 歳 )
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日		
今回の治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
本人負担額の内訳	区 分	医療機関徴収分		薬局徴収分
		保険診療分①	保険診療以外分②	本人負担額③
		本人負担額①	本人負担額②	
	年 3月分	円	円	円
	年 4月分	円	円	円
	年 5月分	円	円	円
	年 6月分	円	円	円
	年 7月分	円	円	円
	年 8月分	円	円	円
	年 9月分	円	円	円
	年 10月分	円	円	円
	年 11月分	円	円	円
	年 12月分	円	円	円
	年 1月分	円	円	円
	年 2月分	円	円	円
合計金額	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①～③の合計額となります。）				

- 注1 当該患者に関して行った不妊治療（体外受精及び顕微授精を除く）に係るもののみご記入ください。  
 注2 院外処方がある場合、「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。  
 注3 文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。