様式第3号（第7条関係）

西尾市一般不妊治療費等助成金支給に関する受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療等（またはその調剤）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

医療機関の名称及び所在地
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）
今回の治療期間	年　月　日　～　年　月　日			
人工授精の実施状況	人工授精開始年月日	年　月　日		
	人工授精実施回数	回		

当該患者が、今回行った不妊治療について該当箇所を記入して下さい。

☐ タイミング療法　☐ 人工授精
☐ 検査（　　）
☐ その他（　　）

妊娠の有無	☐ 無 ・ ☐ 有 （ 判定日：　年　月　日 ）※判定日が最終治療日
院外処方の有無	☐ 無 ・ ☐ 有

本人負担額の内訳	受診年月	「限度額認定証」利用月に○	医療機関徴収分 保険診療分本人負担額①	薬局徴収分 保険診療分本人負担額②
	年　月分		円	円
	年　月分		円	円
	年　月分		円	円
	年　月分		円	円
	年　月分		円	円
	年　月分		円	円
	年　月分		円	円
	年　月分		円	円
	年　月分		円	円
	年　月分		円	円
	年　月分		円	円
	年　月分		円	円
	年　月分		円	円

［今回の治療にかかった金額合計］

領収金額　　円

（　①②の合計額となります　）

注　1. 助成の対象となるのは、不妊検査、タイミング法び人工授精のみです。（体外受精および顕微授精を除く）
＊治療効果を確認するための検査その他治療の一環として行われる検査を含みます。
文書料、食事代、個室料などの治療と直接関係のない費用は本人負担額の欄に含まないでください。
2. 院外処方が「有り」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ、薬局の領収書の本人負担額を記入してください。
3. 妊娠の判定をおこなっていない場合は、治療期間の終了日が治療終了日となります。