様式第２号（第５条関係）

箕輪町不妊治療費助成事業医療費等証明書

年　　　月　　　日

医療機関　所在地

（調剤薬局）名　称

代表者署名又は記名押印

電話番号

下記のとおり不妊治療を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。

１　受診者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 申請者 | 配偶者（パートナー） |
|  |  |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　日 | 年　　　　　月　　　　日 |
| 治療期間 | 年　　　　月　　　　日　～　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 治療内容 | タイミング法・人工授精・体外受精・顕微授精・男性不妊の手術（該当に〇） |

２　領収済金額内訳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 治療年月 | 領収済患者負担額 | 公費等適用確認 |
| 保険適用分 | 保険適用と併用した先進医療分 | 限度額適用認定証や福祉医療費受給者証の提示があった場合は☑ |
| 年　　　月分 | 円 | 円 | * 限度額認定証　□ 福祉医療
 |
| 年　　　月分 | 円 | 円 | * 限度額認定証　□ 福祉医療
 |
| 年　　　月分 | 円 | 円 | * 限度額認定証　□ 福祉医療
 |
| 年　　　月分 | 円 | 円 | * 限度額認定証　□ 福祉医療
 |
| 年　　　月分 | 円 | 円 | * 限度額認定証　□ 福祉医療
 |
| 年　　　月分 | 円 | 円 | * 限度額認定証　□ 福祉医療
 |
| 年　　　月分 | 円 | 円 | * 限度額認定証　□ 福祉医療
 |
| 年　　　月分 | 円 | 円 | * 限度額認定証　□ 福祉医療
 |
| 年　　　月分 | 円 | 円 | * 限度額認定証　□ 福祉医療
 |
| 年　　　月分 | 円 | 円 | * 限度額認定証　□ 福祉医療
 |
| 年　　　月分 | 円 | 円 | * 限度額認定証　□ 福祉医療
 |
| 年　　　月分 | 円 | 円 | * 限度額認定証　□ 福祉医療
 |
| 合　　計 | 円 | 円 |  |

・必ず夫婦両方の氏名を記載してください。

・この証明書は、医療機関ごと薬局ごとに必要です。

・同一の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、夫婦合算した金額を記入してください。