様式第３号（第４条関係）

一般不妊治療受診証明書

次の者については、一般不妊治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年　　月　　日

江府町長　様

医療機関の住所

名称

主治医氏名　　㊞

（署名または記名押印）

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

（ふりがな） 受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日※１ （和暦）		年　月　日（　　歳）		年　月　日（　　歳）
治療内容	実施した治療内容に☑をつけてください。 □ 検査（治療の一環によるもの） □ タイミング療法　【実施（　　回）】 □ 排卵誘発法　【実施（　　回）】 □ 人口受精　【実施（　　回）】 □ 手術療法　【手術方法　　】 □ その他　【　　】			
	＊保険適用通算１回目の治療開始時の妻の年齢　（　　）歳			
今回の治療期間 （和暦）	年　　月　　日　～　　年　　月　　日			

領収年月日（和暦）　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日

［今回の治療にかかった金額合計］今回の治療内容に応じて、①、②のいずれか該当する方に記載してください。

①保険診療分

領収金額　　円（うち、助成対象外経費　　円）

※助成対象外経費とは、治療に直接関係のない費用（入院費、食事代、精子の凍結や管理料、保存料等）

②自費診療分

領収金額　　円（うち、助成対象外経費　　円）

※助成対象外経費とは、治療に直接関係のない費用（入院費、食事代、精子の凍結や管理料、保存料等）

院外処方及び他院での治療の有無※３	有　・　無
院外処方有の場合は、処方箋等発行日 （複数回ある場合はすべて記載）	

※１　年齢は、「今回の治療開始期間」欄に記載する始期の時点における年齢を記載してください。

※２　今回の治療にかかる、保険外の院外処方箋発行及び貴院の指導に基づく他院での治療の有無について記載してください。