第３号様式（第６条関係）

余市町一般不妊治療医療機関受診等証明書

申請者記入欄	(ふりがな) 受診者氏名	（　　）	生年月日 年　月　日（　歳）
	(ふりがな) 配偶者氏名	（　　）	生年月日 年　月　日（　歳）
	住　所	〒	電話番号

※申請者の治療について、下記事項の証明をお願いします。

主治医記入欄	既往歴	今回の検査及び治療以前の流産・死産・早期新生児死亡の既往歴について記入してください。
	今回の治療期間	年　月　日 ～ 年　月　日
	検査及び治療内容	※該当するものの□にレを記入してください。 □タイミング療法　□薬物療法　□ホルモン治療　□排卵誘発法 □手術療法　（　　） □人工授精　（　回） □その他　（　　）
	上記のとおり、証明いたします。 年　月　日 主治医氏名　印	

医療機関記入欄	医療費	（1）保険診療負担額	円
		（2）保険診療適用外負担額	円
		（3）領収金額（1）＋（2）	円
	上記のとおり、証明いたします。（文書料、入院費、食事代等治療に直接関係のない費用を除く。） 年　月　日 医療機関の名称・所在地 印		

保険薬局記入欄	薬剤費	（1）保険診療負担額	円
		（2）保険診療適用外負担額	円
		（3）領収金額（1）＋（2）	円
	上記のとおり、証明いたします。 年　月　日 保険薬局の名称又は氏名・所在地 印		

※裏面に自己負担額の内訳表がありますので、申請者の方がご記入ください。

〈自己負担額の内訳表〉

※負担額には、文書料、入院費、食事代等治療に直接関係のない費用は含みません。負担額合計と表面の領収金額が同額になるように記入してください。

医療機関分	保険診療負担額 （1）	保険診療適用外負担額 （2）	負担額合計 （3）＝{(1)+(2)}	備考
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
合　計	円	円	円	

保険薬局分	保険診療負担額 （1）	保険診療適用外負担額 （2）	負担額合計 （3）＝{(1)+(2)}	備考
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
合　計	円	円	円	