様式第３号（第７関係）

年　　月　　日

北上市長　様

指定医療機関の名称及び所在地

主治医氏名　　㊞

北上市一般不妊治療医療機関受診等証明書

上記の者について、次のとおり一般不妊治療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療費の本人負担額を領収したことを証明します。

受診者	（ふりがな）	（　　）	配偶者	（ふりがな）	（　　）
	氏名			氏名	
	生年月日	年　　月　　日		生年月日	年　　月　　日

貴医療機関における治療開始年月日	年　　月　　日
この証明にかかる治療期間	年　　月　　日～　　年　　月　　日
院外処方の有無	□ 有 ・ □ 無

区分	診療年月	医療機関領収分			薬局徴収分
		保険診療		保険診療以外の本人負担額	院外処方本人負担額（※市記載欄）
		医療費総額	本人負担額		
受診者負担額の内訳	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				

区分	診療年月	医療機関領収分			薬局徴収分
		保険診療		保険診療以外の本人負担額	院外処方本人負担額（※市記載欄）
		医療費総額	本人負担額		
配偶者負担額の内訳	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				
	小計		①	②	
一般不妊治療にかかった金額（医療機関自己負担分）		③（①＋②） 円			

※市記載欄	不妊治療自己負担額合計（③+薬局徴収分） 円

備考

1　当該患者に関して行った、一般不妊検査や治療等に係るもののみ記入してください。なお、体外受精や顕微授精等の特定不妊治療は除いてください。記入を迷う検査等がある場合はこども家庭センターへご確認ください。

2　院外処方の有無が「有」の場合、本人から院外処方薬に係る薬局の領収書の添付をもらいます。本人負担額の内訳欄の薬局徴収分への記入は必要ありません。

3　入院費、食事代、証明書発行代等の保険適用外で治療に直接関係ない費用は含まないでください。

4　金額の訂正は行わないでください。