別記様式第２号の２（第５条関係）

明和町不妊治療費助成事業医療機関受診証明書（一般不妊治療）

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

<table>
<tr><td rowspan="8">医療機関記入欄</td><td>受診者氏名</td><td rowspan="2">夫</td><td></td><td rowspan="2">妻</td><td></td></tr>
<tr><td>受診者生年月日</td><td>年　月　日（　歳）</td><td>年　月　日（　歳）</td></tr>
<tr><td>診療期間</td><td colspan="4">年　月　日～　年　月　日</td></tr>
<tr><td>治療内容</td><td colspan="4">※実施した治療について、該当事項に〇をつけてください。
１．診察　２．検査　３．処置　４．投薬
５．人工授精　６．その他（　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">Ａ．保険診療負担額　円</td><td colspan="3" rowspan="2">Ｃ．領収額合計（Ａ＋Ｂ）
円</td></tr>
<tr><td colspan="2">Ｂ．保険診療適応外負担額　円</td></tr>
<tr><td colspan="5">上記のとおり証明します。　年　月　日
医療機関名
住　所
主治医氏名　印</td></tr>
</table>

院外処方を行った場合の記入欄（調剤薬局が記入してください）

<table>
<tr><td rowspan="3">保険薬局記入欄</td><td>Ａ．保険診療負担額　円</td><td rowspan="2">Ｃ．領収額合計（Ａ＋Ｂ）
円</td></tr>
<tr><td>Ｂ．保険診療適応外負担額　円</td></tr>
<tr><td colspan="2">上記のとおり証明します。　年　月　日
薬局名称
住　所
薬剤師名　印</td></tr>
</table>

※不妊治療に要した費用のみを証明してください。夫婦合算額をご記入ください。

※文書料・入院費・食事代等治療に直接関係のない経費は含まないでください。