　第２号様式（第５条関係）

**大多喜町不妊等治療受診証明書**

　　年　　月　　日

　　　大多喜町長　　平林　昇　　様

医療機関等　住　　所

　　　　　　名　　称

　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　電話番号

　下記のとおり、不妊等治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受療者 | 夫 | 氏　　名 | | | 妻 | 氏　　名 | |
| 生年月日　　 　年　　月　　日（　　歳） | | | 生年月日　 　　年　　月　　日（　　歳） | |
| 疾患名 | | |  | | | | |
| 検査・治療内容 | | |  | | | | |
| 貴医療機関における治療開始年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | |
| 今回の証明に係る診療期間 | | | | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 | | | |
| 治療等の状況 | | | | * 終了　　　　□　治療継続中 | | | |
| 保険診療に要した総点数 | | | 点 | 保険診療分本人負担（領収）額 | | | 円 |
| 本　人　負　担　額　の　内　訳 | 区　分 | | 保　険　診　療　分 | | | | 保険診療以外の  自己負担額 |
| 診療点数 | 本人負担額 | | |
| 年　　　月分 | | 点 | 円 | | | 円 |
| 年　　　月分 | | 点 | 円 | | | 円 |
| 年　　　月分 | | 点 | 円 | | | 円 |
| 年　　　月分 | | 点 | 円 | | | 円 |
| 年　　　月分 | | 点 | 円 | | | 円 |
| 年　　　月分 | | 点 | 円 | | | 円 |
| 年　　　月分 | | 点 | 円 | | | 円 |
| 年　　　月分 | | 点 | 円 | | | 円 |
| 年　　　月分 | | 点 | 円 | | | 円 |
| 年　　　月分 | | 点 | 円 | | | 円 |
| 年　　　月分 | | 点 | 円 | | | 円 |
| 年　　　月分 | | 点 | 円 | | | 円 |

※　不妊治療及び不育治療に関する費用についてのみ御記入ください。