

別記第3号様式（第6条第1項関係）

三笠市一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療（またはその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費（本人負担額）を徴収したことを証明します。

〇年 〇月 〇日

三笠市長 様

実施医療機関（または薬局）所在地 〇市〇区〇-〇

名称 〇〇クリニック

主治医（または薬剤師）氏名 〇〇 〇〇



※医療機関記入欄(薬局の場合は太枠のみご記入ください。)

(ふりがな) 夫氏名	(ミカサ タロウ) 三笠 太郎	(ふりがな) 妻氏名	(ミカサ ハナコ) 三笠 花子	
生年月日	昭和〇年 〇月 〇日 (〇歳)	生年月日	昭和〇年 〇月 〇日 (〇歳)	
今回の治療 期間	〇年 〇月 〇日 ~ 〇年 〇月 〇日			
今回の治療 内容	保険診療の治療（または調剤）を行った場合は、行った治療方法（または調剤）を記載してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 検査名 (〇〇〇〇〇) <input checked="" type="checkbox"/> 手術療法 (〇〇〇〇〇) <input checked="" type="checkbox"/> タイミング法 <input checked="" type="checkbox"/> 人工授精 <input checked="" type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	保険診療以外の治療（または調剤）を行った場合は、行った治療方法（または調剤）を記載してください。			
	先進医療の治療（または調剤）を行った場合は、行った治療方法（または調剤）を記載してください。			
院外処方の有無	(<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)			
区分	保険診療の本人負担金		保険診療以外の本人負担金	
	① 一般不妊治療に 該当する費用	② 一般不妊治療に 非該当の費用	③ 一般不妊治療に 該当する費用	④ 一般不妊治療に 非該当の費用
本人負担額の 内訳	23,000 円	0 円	0 円	1,000 円
	⑤ 証明書に係る文書料 (④のうち証明書に係る文書料を記載)			1,000 円
	⑥ 申請に係る本人負担額 (①+③+⑤)			24,000 円
	⑦ 先進医療に要した費用 (③のうち先進医療に要した費用を記載)			0 円
処方依頼のあった医療機関名				

＜三笠市一般不妊治療費助成事業受診等証明書記載の注意事項＞

- 1 三笠市一般不妊治療費助成事業受診等証明書は、一般不妊治療管理料（3月に1回）の算定ごとに記載してください。
- 2 今回証明に係る治療の治療内容を保険診療の治療、保険診療以外の治療、先進医療の治療、それぞれの記載欄に記載してください。先進医療の治療については、保険診療以外の治療の記載欄には記載せず、先進医療の治療の記載欄にのみ記載してください。
- 3 本人負担額の内訳の⑤証明書に係る文書料は、保険診療以外の本人負担金の④一般不妊治療に非該当の費用のうち証明書に係る文書料分について記載してください。
- 4 本人負担額の内訳の⑦ 先進医療に要した費用（③のうち先進医療に要した費用を記載）については、保険診療以外の本人負担金の③一般不妊治療に該当する費用のうち先進医療に要した費用を記載してください。
- 5 今回証明に係る治療期間に医療機関が発行した領収書の領収金額の合計が、保険診療の本人負担金（①一般不妊治療に該当する費用＋②一般不妊治療に非該当の費用）と保険診療以外の本人負担金（③一般不妊治療に該当する費用＋④一般不妊治療に非該当の費用）の合計金額と同額になるように記載してください。

※今回証明に係る治療期間に医療機関が発行した領収書の領収金額の合計額＝①＋②＋③＋④

別記第3号様式（第6条第1項関係）

三笠市一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療（またはその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費（本人負担額）を徴収したことを証明します。

○年 ○月 ○日

三笠市長 様

実施医療機関（または薬局）所在地 ○市○区○-○

名称 ○○薬局

主治医（または薬剤師）氏名 ○○ ○○



※医療機関記入欄(薬局の場合は太枠のみご記入ください。)

(ふりがな) 夫氏名	(ミカサ タロウ) 三笠 太郎	(ふりがな) 妻氏名	(ミカサ ハナコ) 三笠 花子	
生年月日	昭和○年 ○月 ○日 (○歳)	生年月日	昭和○年 ○月 ○日 (○歳)	
今回の治療 期間	○年 ○月 ○日 ~ ○年 ○月 ○日			
今回の治療 内容	保険診療の治療（または調剤）を行った場合は、行った治療方法（または調剤）を記載してください。 <input type="checkbox"/> 検査名 () <input type="checkbox"/> 手術療法 () <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (○○○○○)			
	保険診療以外の治療（または調剤）を行った場合は、行った治療方法（または調剤）を記載してください。			
	先進医療の治療（または調剤）を行った場合は、行った治療方法（または調剤）を記載してください。			
院外処方の有無	(<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)			
区分	保険診療の本人負担金		保険診療以外の本人負担金	
	① 一般不妊治療に 該当する費用	② 一般不妊治療に 非該当の費用	③ 一般不妊治療に 該当する費用	④ 一般不妊治療に 非該当の費用
本人負担額の 内訳	5,000 円	0 円	0 円	1,000 円
	⑤ 証明書に係る文書料 (④のうち証明書に係る文書料を記載)			1,000 円
	⑥ 申請に係る本人負担額 (①+③+⑤)			6,000 円
	⑦ 先進医療に要した費用 (③のうち先進医療に要した費用を記載)			0 円
処方依頼のあった医療機関名 ○○クリニック				