様式第２号（第７条関係）

碧南市一般不妊治療費自己負担金支払証明書（医療機関分）

（太枠内は、各自で記入してください）

受診者氏名					
受診者住所					
加入医療保険	保険者名称			保険者番号	
	区分	本人・被扶養者	種別	市町村国保・組合国保・健保・共済・その他（　　）	

（医療機関様へのお願い）

１　本制度は、令和４年４月１日以降の保険適用された不妊検査及び不妊治療のみ適用するものです。

２　証明は、医療機関・薬局（院外処方の場合）ごとに１枚で記入してください。

３　医療機関欄は、住所・名称・電話番号を記入の上、押印してください。

医療機関 　所在地 　名称　　印 　電話番号

助成の対象は、不妊検査・一般不妊治療です。

入院については、差額ベッド代・食費等の雑費を除き、不妊検査及び不妊治療に要した費用の自己負担金額のみが対象となります。

受診年月日	自己負担金額	受診年月日	自己負担金額
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
合計金額　　円			

※　合計金額は、この用紙１枚分（最大４０回分）をご記入ください。

様式第２号（第７条関係）

碧南市一般不妊治療費自己負担金支払証明書（薬局分）

（太枠内は、各自で記入してください）

受診者氏名					
受診者住所					
加入医療保険	保険者名称			保険者番号	
	区分	本人・被扶養者	種別	市町村国保・組合国保・健保・共済・その他（　　）	

（医療機関様へのお願い）

１　本制度は、令和４年４月１日以降の保険適用された不妊検査及び不妊治療のみ適用するものです。

２　証明は、医療機関・薬局（院外処方の場合）ごとに１枚で記入してください。

３　医療機関欄は、住所・名称・電話番号を記入の上、押印してください。

薬局名
　所在地
　名称　　印
　電話番号

助成の対象は、不妊検査・一般不妊治療です。（一般不妊治療費等助成事業医師証明書に、院外処方有の記載がされている場合に助成の対象となります。）

受診年月日	自己負担金額	受診年月日	自己負担金額
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
年　月　日	円	年　月　日	円
合計金額		円	

※　合計金額は、この用紙１枚分（最大４０回分）をご記入ください。