

不育治療等医療機関証明書

年 月 日

伊 根 町 長 様

医療機関
所在地
名称
代表者
電話番号

㊤

下記のとおり不育治療等を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

受 療 者 氏 名		生年月日	年 月 日
配 偶 者 氏 名		生年月日	年 月 日
病 名		治療開始 年 月 日	年 月 日
今回の診療期間 及び治療等の状況	年 月 日 から 年 月 日 まで <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 治療継続中		
保険診療に要した総点数	点	保険診療分の本人負担(領収)額	円
本人負担等の内訳	保険診療分		
	区 分	診療点数 点	負担金額 円
	年 月分		
	年 月分		
	年 月分		
	年 月分		
	年 月分		
	年 月分		
	年 月分		
	年 月分		
	年 月分		
	年 月分		
	年 月分		
	年 月分		
検査の内容 (保険適用のみ)	<input type="checkbox"/> 免疫異常 <input type="checkbox"/> 内分泌異常 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 <input type="checkbox"/> 子宮異常 <input type="checkbox"/> その他 ()	治療の内容 (保険適用のみ)	<input type="checkbox"/> 手術 () <input type="checkbox"/> 投薬 (ヘパリン注射以外) (薬剤名:) <input type="checkbox"/> ヘパリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ()
妊 娠 の 有 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 未確認 ※ 薬局の場合は記載不要です		
特 記 事 項			

注1 食事代、入院費は、助成の対象となりません。

注2 治療期間の終了した日から起算して1年以内の申請が必要です。検査から治療終了までの期間が1年を超える場合は、数回に分けて証明してください。

注3 院外処方がある場合は、医療機関と薬局それぞれに証明書を作成してください。