

不育治療等医療機関証明書

年 月 日

大山崎町長 様

【医療機関】

所在地

名称

代表者



電話番号

次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。

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額	円	
本人負担等の内訳	保険診療分			備考
	区分	診療点数	負担金額	
		点	円	
	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 診療日の翌日から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。