

不育治療等医療機関証明書

年 月 日

大 山 崎 町 長 様

医療機関等
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		男・女	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	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			
	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)
出 産 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 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。