

(宛先)向日市長

医療機関等
住 所
名 称
代 表 者
電 話 番 号

※上記が自署でない場合は押印が必要です。

下記のとおり不育症治療等を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

(ふりがな) 受療者氏名	()	男・女	生年月日	年 月 日
(ふりがな) 配偶者氏名	()	男・女	生年月日	年 月 日
病 名			治療等 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		□終了 □治療等継続中	
保険診療に要した総点数	点	保険診療分の本人 負担額(領収額)	円	
本人負担額等の内訳	保険診療分			
	区 分	診療点数	負 担 額	
	年 月分	点	円	
	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)
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。
 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。
 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。