

不育症治療等医療機関等証明書

令和 年 月 日

(宛先)向日市長

医療機関等

住 所

名 称

代 表 者

電話番号

印

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

受 療 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 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 治療等継続中			
保険診療に要した点数	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)	<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 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。