

不育症治療費医療機関受診証明書

（宛先）南砺市長

医療機関等 住所 診療科等名称  
 名称  
 電話 医師名 ㊟

次のとおり不育症検査・治療を実施し、これにかかる費用を徴収したことを証明します。

（ふりがな） 受診者氏名	（ ）	男・女	生年月日 年 月 日
検査・治療期間	年 月 日	～	年 月 日
当該治療における 出産の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 未確認
検査又は 治療内容	※実施した検査・治療に <input checked="" type="checkbox"/> 願います。 <検査> <span style="margin-left: 200px;">&lt;治療&gt;</span> <input type="checkbox"/> 子宮形態検査 <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> ヘパリン療法</span> <input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 低容量アスピリン療法</span> <input type="checkbox"/> 免疫異常 <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 漢方</span> <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 黄体ホルモン補充</span> <input type="checkbox"/> 抗リン脂質検査 <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> その他の治療</span> <input type="checkbox"/> 凝固異常 <span style="margin-left: 100px;">（ ）</span> <input type="checkbox"/> その他の検査 （ ）		

当該治療に係る本人負担金額

期 間	保険診療分		(参考)保険診療外 本人負担金額
	診療点数	本人負担金額	
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
合 計		円	円
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

- 1 不育症の検査及び治療に要した費用のみ記入ください。
- 2 入院時の差額ベッド代、食事療養費、文書料等治療に直接関係のない費用は含まないでください。
- 3 月分の記入を省略して合計のみ記入する場合は、省略部分を斜線で消してください。