

不育症治療医療機関受診等証明書

朝日町長あて

医療機関等 住所

診療科等名称

名称

電話

医師名

印

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。

受診者名		男・女	生年月日	年	月	日
検査・治療期間	年		月	日	～	年
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		
検査又は治療区分	※該当区分にチェックし、実施した検査、治療に○をつけてください。 <input type="checkbox"/> 子宮形態異常……検査／治療 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常……検査／治療 <input type="checkbox"/> 免疫異常……検査／治療 <input type="checkbox"/> 内分泌異常…検査／治療 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体異常……検査／治療 <input type="checkbox"/> 凝固異常……検査／治療 <input type="checkbox"/> その他の要因による検査（ ） <input type="checkbox"/> その他の要因による治療（ ） 特記事項（ ）					

当該治療にかかる本人負担金額

期 間	保 険 診 療 分		保険診療外の 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
合計	/		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 食事療養費、文書費、差額ベッド代など治療に直接関係のない費用は含めないでください。
- 3 月分の記入を省略し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。