

不育治療等医療機関証明書

年 月 日

出 雲 崎 町 長 宛て

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		生年月日	年 月 日
配 偶 者 氏 名		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額	円
本人負担等の内訳	保険診療分		備考
	区分	診療点数	
	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		
	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。
 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、回数に分けて証明してください。また、証明書は年度ごとに分けて作成してください。
 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。