

年 月 日

綾部市長

様

医療機関

所在地

名称

代表者

⑨

電話番号

不育治療等医療機関証明書

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		男・女	生 年 月 日	年 月 日
病名（不育症の 原因疾患名）			治 療 開 始 年 月 日	年 月 日
年度における診療期間		年 月 日から 年 月 日まで		
治 療 等 の 状 況	<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（領収）額	円	
本 人 負 担 等 の 内 訳	保 険 診 療 分			
	区 分	診 療 点 数	負 担 金 額	
	年 月分	点	円	
	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） <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（ ）	
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 食事代又は入院費は、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。