

不育治療医療機関受診等証明書

年 月 日

かほく市長 様

医療機関等

住所

名称

代表者

印

電話番号

次のとおり、不育治療を実施し本人負担額を領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
貴医療機関における不育治療開始年月日				
年 月 日 ~				
今回の診療に係る診療期間		年 月 日から 年 月 日まで		
保険診療に要した総点数	点	保険診療分の本人負担(領収)金額	円	
保険診療以外の不育治療に係る本人負担(領収)金額			円	
本人負担額の 内訳	区 分	保 険 診 療 分		保 険 診 療 以 外 の
		診 療 点 数	本人負担金額	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
不育症の原因疾患	<input type="checkbox"/> 子宮異常…子宮奇形、子宮筋腫、頸管無力症、子宮腔癒着症 など <input type="checkbox"/> 内分泌異常…高プロラクチン血症、甲状腺機能異常、糖尿病 など <input type="checkbox"/> 免疫異常…抗リン脂質抗体症候群、自己免疫疾患、同種免疫異常、原因不明の習慣性流産など <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		

- 1 不育治療に関する費用についてのみ御記入ください。
- 2 食事療養費標準負担額、個室料等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。
- 3 医療機関が発行した受診等証明書の「院外処方の有無」が「有り」の場合は、院外処方に要した費用も対象となります(薬局が発行する同証明書の添付が必要です)。