

氷見市不育症治療医療機関受診証明書

年 月 日

氷見市長 あて

医療機関等 住所  
名称  
電話

診療科等名称  
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 氏 名		男・女	生年月日 日	年	月	日	
検査及び治療期間	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"/> 抗リン脂質抗体異常	.....	検査 / 治療	
	<input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常	.....	検査 / 治療	<input type="checkbox"/> 凝固異常	.....	検査 / 治療	
	<input type="checkbox"/> 免疫異常	.....	検査 / 治療	<input type="checkbox"/> その他の要因による検査	( )		
	<input type="checkbox"/> 内分泌異常	.....	検査 / 治療	<input type="checkbox"/> その他の要因による治療	( )		
	<input type="checkbox"/> 特記事項	( )					
本人負担金額の内訳	期 間	保 険 診 療 分		保 険 診 療 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			
	計	点	① 円	② 円			
	領収金額 (医療機関における本人負担金額) 合計		(ア)		円		
	(①②の合計額)		上記のうち先進医療に係る費用		円		
院 外 処 方 の 有 無		無 ・ 有 (下段に本人負担金額をご記入ください)					
院外処方における本人負担額		(イ)		円			
本証明書の発行に要した費用 (文書料)		(ウ)		円			
(ア) (イ) (ウ) の合計				円			

注) 食事療養費、差額ベッド代など治療に直接関係のない費用は含まないでください。