

不育症治療医療機関受診等証明書

氷見市長あて

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・治療機関		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"/> 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 (	へパリン治療の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	)	

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
年 月分	点	円	円
合計		円	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ない費用は含まないでください。
- 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。