

小矢部市不育症治療医療機関受診等証明書

小矢部市長 宛

医療機関等 住所 診療科等名称

名称

電話

医師名

(自署でない場合は、記名押印)

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。

(ふりがな) 受診者氏名	()	男・女	生年月日 年 月 日
検査・治療 期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
当該治療に おける 出産の有無	☐ 有 ☐ 無 ☐ 未確認		
検査又は 診療内容	※実施した検査・治療に ☒ 願います。 <検査> ☐ 子宮形態検査 ☐ 夫婦染色体検査 ☐ 免疫異常 ☐ 内分泌検査 ☐ 抗リン脂質検査 ☐ 凝固異常 ☐ その他の検査 () <治療> ☐ ヘパリン療法 ☐ 低容量アスピリン療法 ☐ 漢方 ☐ 黄体ホルモン補充 ☐ その他の治療 ()		

当該治療に係る本人負担額

期 間	保険診療分		保険診療外 本人負担額
	診療点数	本人負担額	
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
合 計		円	円
院外処方の有無	☐ 有 ☐ 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 入院時の差額ベッド代、食事療養費又は文章料等治療に直接関係の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。