

不育治療医療機関等証明書

年 月 日

京丹後市長 様

医療機関等

所在地

名称

㊞

代表者

電話番号

下記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。

記

(フリガナ) 受療者氏名		男・女	生年月日	年 月 日
病名			治療開始年月日	年 月 日
今回の診療期間及び治療等の状況	年 月 日から 年 月 日まで <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	
本人負担額等の内訳	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			
	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、入院費は、助成の対象となりません。
 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。
 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。