

佐川町不育症治療費等助成事業医療機関等証明書

年 月 日

佐川町長様

医療機関等
所在地
名称
代表者氏名
電話番号

印

下記のとおり、不育症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	昭和・平成 年 月 日
貴医療機関における不育症治療開始年月日				
年 月 日 ~				
()年度における診療期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
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		保険診療以外の本人負担金額
		診療点数	本人負担金額	
	年 4月分	点	円	円
	年 5月分	点	円	円
	年 6月分	点	円	円
	年 7月分	点	円	円
	年 8月分	点	円	円
	年 9月分	点	円	円
	年10月分	点	円	円
	年11月分	点	円	円
	年12月分	点	円	円
	年 1月分	点	円	円
	年 2月分	点	円	円
年 3月分	点	円	円	
不育症治療の内容	<input type="checkbox"/> 不育症の検査(抗リン脂質抗体検査、凝固因子検査、子宮形態検査、染色体検査等) <input type="checkbox"/> 薬物療法(アスピリン療法、ヘパリン療法) <input type="checkbox"/> 手術() <input type="checkbox"/> その他()			
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し			

備考

- 不育症治療に関する費用についてのみご記入ください。
- 入院費、食事代等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。
- 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。)