

## 不育症治療費医療機関証明書

年 月 日

下松市長 様

(医療機関)

所在地

名称

医師名

電話番号

下記のとおり、不育症治療を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。

### 記

受診者氏名	夫		生年月日	年 月 日
	妻		生年月日	年 月 日
不育症の検査及び治療を必要とした理由				
今回の治療期間		年 月 日から	年 月 日まで	
今回の領収金額 (注1)		円		
検査・治療内容  該当する項目に☑してください。		<input type="checkbox"/> 止血・補体検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 抗血小板療法 <input type="checkbox"/> 染色体検査 <input type="checkbox"/> 免疫抑制療法 <input type="checkbox"/> 抗凝固療法 <input type="checkbox"/> ホルモン療法 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 <input type="checkbox"/> 自己抗体検査 <input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> その他		
特記事項 (注2)				

(注1) 領収金額は、医療保険適用の有無にかかわらず、不育症治療に関する治療費及び検査料をいいます。入院時の差額ベッド代、食事代など直接治療に関係のないものについては含まれません。

(注2) 処方せんを交付された場合は、処方せん交付日、薬剤名、投薬日数を特記事項欄に明記してください。特記事項欄の記入に代えて、処方せんの写しを添付していただいても構いません。