様式第２号（第６条、様式第１号関係）

年　　月　　日

　上市町長　宛て

医療機関等　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　診療科等名称

　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　印

不育症治療医療機関受診等証明書

次のとおり不育症検査・治療を実施し、これに係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 治療内容 | ※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  □ 低用量アスピリン療法  □ 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金額

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 期　間 | 保険診療分 | | (参考)保険診療外 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 | □　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、文書料等の直接治療に関係し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。