

不育治療等医療機関証明書

年 月 日

宮津市長様

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等を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

| | | | | |
|---------------------|---|--|------|--|
| 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 | |
| 本人負担等の内訳 | 保険診療分 | | | |
| | 区分 | 診療点数 | 負担金額 | |
| | | 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 | | | |
| | 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) |
| 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 | | | <input type="checkbox"/> 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。