様式第２号（第５条関係）

不育症治療等実施医療機関証明書

（あて先）入善町長

医療機関等　住所　　診療科等名称

名称

電話　　医師名　　印

次のとおり不育症検査・治療を実施し、これにかかる費用を徴収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者名	(　　)	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 治療区分	※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 □低容量アスピリン療法 □漢方 □黄体ホルモン補充 □その他の治療 （　　）		

当該治療にかかる本人負担金額

期　　間	保　険　診　療　分		保険診療外の本人負担金額
	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　食事療養費、文書費、差額ベッド代など治療に直接関係の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。