

不育症治療費医療機関証明書

年 月 日

（宛先）周南市長

（産婦人科等医療機関）

所在地

名称

医師名

電話番号

印

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

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	生 年 月 日	年 月 日															
	妻	()		年 月 日															
不育症の検査及び治療を必要とした理由																			
年度内における今回の診療期間		年 月 日 ~ 年 月 日																	
今回の領収金額(注1)		円																	
検査・治療内容	<table><tr><td><input type="checkbox"/> 内分泌検査</td><td><input type="checkbox"/> 止血・補体検査</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 自己抗体検査</td><td><input type="checkbox"/> 染色体検査</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 子宮卵管造影</td><td><input type="checkbox"/> 抗血小板療法</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> ホルモン療法</td><td><input type="checkbox"/> 抗凝固療法</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 免疫抑制療法</td><td><input type="checkbox"/> 漢方療法</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 投薬</td><td rowspan="4">}</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> その他の検査</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> その他の手術</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> その他</td></tr></table>				<input type="checkbox"/> 内分泌検査	<input type="checkbox"/> 止血・補体検査	<input type="checkbox"/> 自己抗体検査	<input type="checkbox"/> 染色体検査	<input type="checkbox"/> 子宮卵管造影	<input type="checkbox"/> 抗血小板療法	<input type="checkbox"/> ホルモン療法	<input type="checkbox"/> 抗凝固療法	<input type="checkbox"/> 免疫抑制療法	<input type="checkbox"/> 漢方療法	<input type="checkbox"/> 投薬	}	<input type="checkbox"/> その他の検査	<input type="checkbox"/> その他の手術	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 内分泌検査	<input type="checkbox"/> 止血・補体検査																		
<input type="checkbox"/> 自己抗体検査	<input type="checkbox"/> 染色体検査																		
<input type="checkbox"/> 子宮卵管造影	<input type="checkbox"/> 抗血小板療法																		
<input type="checkbox"/> ホルモン療法	<input type="checkbox"/> 抗凝固療法																		
<input type="checkbox"/> 免疫抑制療法	<input type="checkbox"/> 漢方療法																		
<input type="checkbox"/> 投薬	}																		
<input type="checkbox"/> その他の検査																			
<input type="checkbox"/> その他の手術																			
<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検査料及び治療費をいいます。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) 処方箋を交付された場合は、処方箋の交付日、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、処方箋の写しを添付することも可)