

不育症治療実施証明書

年 月 日			
(宛先) 松本市長			
医療機関・薬局所在地 名 称 主治医又は薬剤師氏 名			
次の者については、不育症の治療を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。			
受診者氏名	夫	生年月日	年 月 日
	妻		年 月 日
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
不育症治療を必要とした理由			
検査・治療内容	<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"/> 抗血小板療法 <input type="checkbox"/> 抗凝固療法 <input type="checkbox"/> ホルモン療法 <input type="checkbox"/> 免疫抑制療法 <input type="checkbox"/> 薬剤の処方 <input type="checkbox"/> その他 <div style="text-align: center; font-size: 2em; color: blue;">()</div>		
今回の治療期間に係る領収金額（治療費等）	助成対象診療分 領収金額 _____ 円 * 「領収金額」は、不育症治療に関する治療費、検査料及び医薬品代をいいます。入院時の差額ベッド代、食事代、文書料等治療に関係のないものについては含めないでください。 * 「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自己負担額を積算してください。		
処方箋の処方有無	あり ・ なし		
紹介元医療機関			