

稲沢市不育症治療費等補助金事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり不育症検査・治療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費〔本人負担額〕を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()					
受診者生年月日		昭和 平成 年 月 日 (歳)		昭和 平成 年 月 日 (歳)					
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日								
検査内容 <small>該当するものの□にチェックし、記入してください。</small>	<input type="checkbox"/> 免疫異常に関する検査 (検査名:) <input type="checkbox"/> 内分泌異常に関する検査 (検査名:) <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常に関する検査 (検査名:) <input type="checkbox"/> 子宮形態異常に関する検査 (検査名:) <input type="checkbox"/> その他(検査名:)								
不育症治療の理由	<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"/> 子宮形態異常 <input type="checkbox"/> その他(詳細:)								
不育症治療等の内容									
自己負担額の内訳	区 分	不育症検査		不育症治療(保険診療分のみ)					
		保険診療分		保険診療以外の 本人負担額		医療機関徴収分		薬局徴収分	
		医療点数	① 自己負担額	② 自己負担額	医療点数	③ 自己負担額	医療点数	④ 自己負担額	
	年 月分	点	円	円	点	円	点	円	
	年 月分	点	円	円	点	円	点	円	
	年 月分	点	円	円	点	円	点	円	
	年 月分	点	円	円	点	円	点	円	
	年 月分	点	円	円	点	円	点	円	
	年 月分	点	円	円	点	円	点	円	
	年 月分	点	円	円	点	円	点	円	
	年 月分	点	円	円	点	円	点	円	
	年 月分	点	円	円	点	円	点	円	
	年 月分	点	円	円	点	円	点	円	
	計	点	円	円	点	円	点	円	
	[今回の治療にかかった金額合計]								
領収金額				円 (上記本人負担額①～④の合計額となります。)					

注 当該患者に関して行った不育症検査・治療に係るもののみご記入ください。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。