

能代市不育症治療受診証明書

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

代 表 者

主治医氏名（生殖医療専門医）

㊞

下記のとおり、不育症治療等を実施し、これに係る医療費の本人負担額を徴収したことを証明します。

受診者	氏 名	生年月日
		年 月 日
		年 月 日
診療開始日	年 月 日	
今回の治療期間 (検査を含む。)	年 月 日 ~ 年 月 日	
不育症治療の理由	<p>当該患者について、該当するものにチェックし、詳細についてかっこ内に記入してください。</p> <p> <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"/> 血液凝固異常         </p> <p> <input type="checkbox"/> その他         </p>	
検査及び治療内容		
	院外処方の有無 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
	他院へ紹介の有無 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
領収金額	<p>今回の治療・検査にかかった金額合計（医療機関本人負担額）</p> <p style="text-align: right;">円</p>	

- 1 不育症治療等に関する費用についてのみご記入ください。
- 2 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費でない費用は含まないでください。
- 3 証明内容について、本人同意のもと市が問い合わせをする場合があります。