様式第２号（第６条関係）

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 | 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。  □ 免疫異常　　　□ 内分泌異常　　　□ 夫婦染色体異常  □ 子宮異常　　　□ 血液凝固異常  □　その他 | |
| 検査  及び  治療内容 |  | |
| 院外処方の有無　　□ 有り　　　　□ 無し | |
| 他院へ紹介の有無　□ 有り　　　　□ 無し | |
| 領収金額 | 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）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | |

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。