様式第２号（第５条関係）

不育症治療費医療機関受診証明書

（宛先）南砺市長

医療機関等　住所　　診療科等名称

名称

電話　　医師名　　㊞

次のとおり不育症検査・治療を実施し、これにかかる費用を徴収したことを証明します。

（ふりがな） 受診者氏名	（　　）	男・女	生年月日　　年　　月　　日
検査・治療期間	年　　月　　日　　～　　年　　月　　日		
当該治療における出産の有無	□　有　　□　無　　□　未確認		
検査又は治療内容	※実施した検査・治療に☑願います。 ＜検査＞ □ 子宮形態検査 □ 夫婦染色体検査 □ 免疫異常 □ 内分泌検査 □ 抗リン脂質検査 □ 凝固異常 □ その他の検査 （　　） ＜治療＞ □ ヘパリン療法 □ 低容量アスピリン療法 □ 漢方 □ 黄体ホルモン補充 □ その他の治療 （　　）		

当該治療に係る本人負担金額

期　間	保険診療分		（参考）保険診療外
	診療点数	本人負担金額	本人負担金額
年　　月分	点	円	円
年　　月分	点	円	円
年　　月分	点	円	円
年　　月分	点	円	円
年　　月分	点	円	円
年　　月分	点	円	円
年　　月分	点	円	円
年　　月分	点	円	円
年　　月分	点	円	円
年　　月分	点	円	円
年　　月分	点	円	円
年　　月分	点	円	円
合　計		円	円
院外処方の有無	□　有　　□　無		

1　不育症の検査及び治療に要した費用のみ記入ください。
2　入院時の差額ベッド代、食事療養費、文書料等治療に直接関係のない費用は含まないでください。
3　月分の記入を省略して合計のみ記入する場合は、省略部分を斜線で消してください。