

不育症診断等証明書

| | | | |
|--|--|------|---------|
| 年 月 日 | | | |
| (あて先) 松本市長 | | | |
| 所在地 | | | |
| 医療機関 名称 | | | |
| 主治医氏名 | | | |
| (印) | | | |
| 次の者については、不育症の診断後、その治療を実施し、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 | 夫 年 月 日 |
| | 妻 | | 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"/> その他 | | |
| 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 | | |
| 紹介先医療機関 | | | |