

不育症診断等証明書

年 月 日			
(宛先) 松本市長			
所在地			
医療機関 名称			
主治医 氏名			
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	年 月 日
	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			