

(様式第2号)

村山市不育症治療医療機関受診等証明書

下記の者について、不育症検査及び治療を実施し、これに係る費用を下記のとおり徴収したことを証明します。

受診者氏名		生年月日	
夫		昭和・平成	年 月 日 (歳)
妻		昭和・平成	年 月 日 (歳)
検査及び治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
診断内容	※ 当該患者について、該当するものにチェックし、詳細を記入してください <input type="checkbox"/> 血液凝固異常 <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"/> 原因不明 (<input type="checkbox"/> その他 (
検査及び治療内容	主な検査内容 (主な治療内容 (
領収年月日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
領収金額 (診療費等)	① 保険適用外の検査及び治療費		円
	② 保険適用で実施したへパリン療法に係る自己負担額		円
	③ 証明書料		円
	計		円
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
<発行者>医療機関等		令和 年 月 日	
		所在地	
		名称	
		主治医氏名 印	

※診療費等には、不育症治療に関する配偶者の検査等も含めて記入してください。

入院時の食事代や室料差額代は含まれません。

※院外処方ありの場合、領収書並びに明細書を別途確認させていただきます。

※証明内容について、本人同意の上、問い合わせさせていただく場合があります。