

(別紙 1)

栗東市不育症治療等実施医療機関証明書

年 月 日

次のとおり、不育症治療等に係る費用を徴収したことを証明します。

医療機関

所在地

名称

医師名

印

受診者氏名		生年月日	年 月 日生
検査及び治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
診断名			
当該患者について	当該患者について、該当するものにチェックし、詳細については、カッコ内に記載してください。 <input type="checkbox"/> 免疫異常 () <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"/> その他 ()		
	保険診療		保険診療外
検査・治療	<input type="checkbox"/> 検査名 () <input type="checkbox"/> 治療 ○ 薬物療法 () ○ 手術 () ○ その他 ()	検査	<input type="checkbox"/> 検査名 ()
本人負担額	円	本人負担額	円
院外処方 (保険適用分) の有無	<input type="checkbox"/> 有 (処方箋の発行日をご記入ください) _____ _____ <input type="checkbox"/> 無		
1 不育症検査及び治療に係る費用のうち、保険診療分の検査若しくは治療又は保険診療外の検査に係る費用のみご記入ください。 2 治療期間は、その妊娠に関する検査又は治療を開始した日から出産又は流産の時点までが対象となります。 ※ただし、不妊治療分及び妊婦健康診査分は除く。 3 院外処方 (保険適用分) がある場合は、処方箋の発行日をご記入ください。			

