様式第２号

**大石田町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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | |  |
| 氏　　　　名 | 夫 | | 妻 |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） | | 年　　月　　日（　　歳） |
| 検査及び治療期間 | | 年　　月　　日　～　　　　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をし、詳細を記入してください。  □血液凝固異常　□内分泌異常　□夫婦染色体異常　□子宮異常　□原因不明  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □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 | 年　　月　　日　～　　　　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 | | |
| 1. 保険適用で実施したヘパリン療法に係る自己負担額　　　　　　　　　　円 | | |
| 1. 証明書料　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | |
| 計　　　　　　　　　　　　円 | | |
| 院外処方の有無 | * なし　　□　あり | | |
| 年　　　月　　　日  〈発行者〉医療機関等  　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　名称  　　　　　　　　　　主治医氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | |

注）１　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。

　　２　証明内容について、本人の同意の上、問い合わせさせていただく場合があります。