

様式第2号その1 (第7条関係)

不育症治療受診等証明書 (一般不育症検査等用)

次の者については、次のとおり不育症治療を実施し、これに係る医療費 (自己負担額) を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

医療機関記入欄 (主治医が記入してください。)

| | | | | | |
|--------------------------|--|---|-------------------|-----------|--|
| (ふりがな) 受診者氏名 | | 夫 | () | 妻 | () |
| 受診者生年月日 | | | 年 月 日 (歳) | | 年 月 日 (歳) |
| 今回の治療期間及び 治療等の状況 | | 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 治療継続中 | | | |
| 補助対象経費 (保険診療分) の内訳 | 区 分 | 保 険 診 療 分 | | | |
| | | 診療点数 | 医療機関徴収分 (①) | 薬局徴収分 (②) | |
| | 年 月分 | 点 | 円 | 円 | |
| | 年 月分 | 点 | 円 | 円 | |
| | 年 月分 | 点 | 円 | 円 | |
| | 年 月分 | 点 | 円 | 円 | |
| | 年 月分 | 点 | 円 | 円 | |
| | 年 月分 | 点 | 円 | 円 | |
| | 年 月分 | 点 | 円 | 円 | |
| | 年 月分 | 点 | 円 | 円 | |
| | 年 月分 | 点 | 円 | 円 | |
| | 年 月分 | 点 | 円 | 円 | |
| | 領 収 金 額 | ①+②の合計 [今回の治療に要した金額合計※保険診療に限る。] 領収金額 円 | | | |
| 検査の内容 (保険適用のみ) | <input type="checkbox"/> 免疫異常 <input type="checkbox"/> 内分泌異常 <input type="checkbox"/> 子宮異常 <input type="checkbox"/> その他 () | | 治療の内容 (保険適用のみ) | | <input type="checkbox"/> 手術 () <input type="checkbox"/> 投薬 (ヘパリン注射以外) <input type="checkbox"/> ヘパリン注射 <input type="checkbox"/> その他 () |

【注意事項】

- 1 当該患者に関して行った保険適用の不育症の検査・治療に係るもののみ、ご記入ください。
- 2 院外処方がある場合、「補助対象経費 (保険診療分) の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から自己負担額を転記してください。