

不育症治療費受診等証明書

下記の者については、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

印

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 (自己負担額) 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	
	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 ()	

※ 記入欄の注意事項については、裏面を御参照ください。

(裏)

【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（自己負担額）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。
- 3 静岡市不育症治療費補助金交付要綱に基づく補助事業は、補助金の交付を受けようとする年度（以下「交付年度」という。）の前年度の2月1日から交付年度の1月31日までの間に行われる不育症治療です。不育症治療の治療期間が長期になる場合は、数回に分けて証明してください。