様式第２号（第６条関係）

鹿部町不育症治療費助成事業受診等証明書

下記の者について、不育症に係る検査及び治療を実施し、これに係る医療（調剤）費を下記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（主治医がご記入ください。）

<table>
<tr><td>（フリガナ）
受診者氏名</td><td rowspan="2">夫</td><td>（　　）</td><td rowspan="2">妻</td><td>（　　）</td></tr>
<tr><td>受診者生年月日</td><td>年　月　日(　歳)</td><td>年　月　日(　歳)</td></tr>
<tr><td colspan="2">貴医療機関における治療開始年月日</td><td colspan="3">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">今回の治療期間</td><td colspan="3">年　月　日　～　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="5">【検査・治療内容】　実施した検査治療の□に✔を記入してください。
□子宮形態検査　□夫婦染色体検査　□内分泌検査　□抗リン脂質抗体検査　□凝固因子検査
□手術療法　□着床前診断　□抗甲状腺薬　□低用量アスピリン療法　□インスリン
□ヘパリン療法　□カウンセリング　□その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="5">【領収金額】

領収金額　　円

※「領収金額」は、不育症治療に関する治療費及び検査料をいいます。入院時の差額ベッド代、食事代等治療に関係ないものについては含めないでください。

※「領収金額」は、医療保険適用の有無にかかわらず、不育症治療に関する自己負担額を積算してください。</td></tr>
</table>