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。）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）  受診者氏名 | 夫 | （　　　　　　　　　　　） | | 妻 | （　　　　　　　　　　　） |
| 受診者生年月日 | 年　　月　　日(　　歳) | | 年　　月　　日(　　歳) |
| 貴医療機関における治療開始年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 今回の治療期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| 【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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 【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。 | | | | | |