

羽咋市不育症治療医療機関受診等証明書

年 月 日

羽咋市長

医療機関等 所在地  
 名称  
 主治医又は薬剤師 氏名 印

次の者については、不育症の治療を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。

ふりがな			
受診者氏名	男・女	生年月日	年 月 日
治療期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
	*平成28年4月以降の治療を対象とする *治療期間は1年以内とする		
検査・治療内容	<input type="checkbox"/> 内分沁検査 <input type="checkbox"/> 止血・補体検査 <input type="checkbox"/> 自己抗体検査 <input type="checkbox"/> 染色体検査 <input type="checkbox"/> 抗血小板療法 <input type="checkbox"/> 抗凝固療法 <input type="checkbox"/> ホルモン療法 <input type="checkbox"/> 免疫抑制療法 <input type="checkbox"/> 薬剤の処方 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
今回の治療期間に係る領収金額（治療費等）	助成対象診療分	領収金額	円
	*「領収金額」は、上記期間中の不育症治療に関する治療費、検査料及び医薬品代をいいます。入院時の差額ベッド代、食事代、文書料等治療に関係の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。		
院外処方の有無	有り ・ 無し		

- 不育治療に関する費用についてのみご記入ください。
- 不育症治療が終了した日から1年以内に申請を行ってください。
- 医療機関が発行した受診等証明書の「院外処方の有無」が「有り」の場合は、院外処方に要した費用も対象となります。（薬局が発行する同証明書の添付が必要です。）