

下仁田町不育症治療費助成事業医療機関証明書

下仁田町長 様

年 月 日

医療機関名

住所

医師名

印

次のとおり不育症（検査・治療）を実施したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
受診者住所			
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
診断名			
主な検査 治療内容	受診者について、該当するものにチェックし、詳細については、 ( ) 内に記載してください。 <input type="checkbox"/> 免疫不全 ( ) <input type="checkbox"/> 内分泌異常 ( ) <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 ( ) <input type="checkbox"/> 子宮異常 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
徴収金額	[今回の検査・治療にかかった金額合計 ※自己負担額の合計]		
紹介先の医療機関で継続治療をする場合は、その医療機関名を記入してください。 ( )			

(注意) この証明書は、医療機関において作成してください。