

一般 (検査・治療)

下仁田町不妊治療費助成事業医療機関等証明書 (一般不妊治療)

下記の者については、不妊の治療が必要であると思われるため、不妊検査・不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関 名 称 \_\_\_\_\_

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)

フリガナ				
受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日		昭和 平成 年 月 日 ( 歳)		昭和 平成 年 月 日 ( 歳)
今回の検査 および治療	該当箇所に○をつけ、記入してください。 ・精液検査 【 実施 ( 回 ) ・ 未実施 】 ・ホルモン検査 【 実施 ( 回 ) ・ 未実施 】 ・超音波検査 【 実施 ( 回 ) ・ 未実施 】 ・子宮卵管造影検査 【 実施 ( 回 ) ・ 未実施 】 ・クラミジア抗体検査 【 実施 ( 回 ) ・ 未実施 】 ・その他 ( ) ・タイミング療法 【 実施 ( 回 ) ・ 未実施 】 ・排卵誘発法 【 実施 ( 回 ) ・ 未実施 】 ・人工授精 【 実施 ( 回 ) ・ 未実施 】 ・手術療法 【 実施 (手術方法 ) ・ 未実施 】 ・その他 ( )			
特記事項				
今回の受診期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
領収金額	[今回の検査・治療にかかった金額合計 ※自己負担額の合計] 領収金額 _____ 円			

院外処方を行った場合の記入欄 (調剤薬局で記入)

薬局の名称 及び所在地	
今回の受診期間	年 月 日 ~ 年 月 日
領収金額	[今回の治療にかかった金額合計 ※保険診療分のみ、自己負担額の合計] 領収金額 _____ 円

