

東広島市不育症治療医療機関受診証明書

年 月 日

医療機関（薬局）

住 所

電 話 番 号

名 称 及 び

代表者の氏名

㊞

次の者に対し、不育症治療又はその調剤を実施し、その医療費（調剤費を含む。）の本人負担額を徴収したことを証明します。

		ふりがな	生年月日	
		氏 名	年 月 日 (歳)	
受診者	夫		年	月 日 (歳)
	妻		年	月 日 (歳)
検査・治療期間		年 月 日 ~	年	月 日
当該治療における出産の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未確認		
検査又は治療区分		<input type="checkbox"/> 子宮形態異常 検査 / 治療 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 検査 / 治療 <input type="checkbox"/> 免疫異常 検査 / 治療 <input type="checkbox"/> 内分泌異常 検査 / 治療 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体異常 検査 / 治療 <input type="checkbox"/> 凝固異常 検査 / 治療 <input type="checkbox"/> その他の要因による検査 () <input type="checkbox"/> その他の要因による治療 () <input type="checkbox"/> 特記事項 () ・ 院外処方の有無 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)		
本人負担額等の内訳	区 分	医療機関徴収分		
		保険診療分		保険診療以外の本人負担額
		医療費（調剤費を含む。）総額	本人負担額	
	1 月分			
	2 月分			
	3 月分			
	4 月分			
	5 月分			
	6 月分			
	7 月分			
	8 月分			
	9 月分			
	1 0 月分			
	1 1 月分			
	1 2 月分			
	計		① 円 ② 円	
【この証明に係る治療に要した金額の合計】				
徴収金額		円 (①及び②の合計額)		

注 1 当該受診者に対して行った不育症の検査及び治療に係るもののみ記載してください。

2 文書料、食事療養標準負担額、被保険者の選定に係る特別の病室の使用に係る費用その他不育症治療に直接関係しない費用の額は、含めないでください。