

佐川町不育症治療費等助成事業医療機関等証明書

年 月 日

佐川町長様

医療機関等

所在地

名称

代表者氏名

電話番号

印

下記のとおり、不育症治療を実施し本人負担額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 | 昭和・平成 年 月 日 | |
| 貴医療機関における不育症治療開始年月日 | | | | |
| 年 月 日 ~ | | | | |
| ()年度における診療期間 | | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| 保険診療に要した総点数 | 点 | 保険診療分の本人負担(領収)金額 | 円 | |
| 保険診療以外の治療に係る本人負担(領収)金額 | | | 円 | |
| 本人負担額の内訳 | 区分 | 保険診療分 | | 保険診療以外の本人負担金額 |
| | | 診療点数 | 本人負担金額 | |
| | 年 4月分 | 点 | 円 | |
| | 年 5月分 | 点 | 円 | |
| | 年 6月分 | 点 | 円 | |
| | 年 7月分 | 点 | 円 | |
| | 年 8月分 | 点 | 円 | |
| | 年 9月分 | 点 | 円 | |
| | 年10月分 | 点 | 円 | |
| | 年11月分 | 点 | 円 | |
| | 年12月分 | 点 | 円 | |
| | 年 1月分 | 点 | 円 | |
| 年 2月分 | 点 | 円 | | |
| 年 3月分 | 点 | 円 | | |
| 不育症治療の内容 | <input type="checkbox"/> 不育症の検査(抗リン脂質抗体検査、凝固因子検査、子宮形態検査、染色体検査等) | | | |
| | <input type="checkbox"/> 薬物療法(アスピリン療法、ヘパリン療法) | | | |
| | <input type="checkbox"/> 手術() | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| | 院外処方の有無 | <input type="checkbox"/> 有り | <input type="checkbox"/> 無し | |

備考

- 1 不育症治療に関する費用についてのみご記入ください。
- 2 入院費、食事代等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。
- 3 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。)