

様式第2号（第4条関係）

光市不育症治療費医療機関証明書

年 月 日

光市長 様

(医療機関)

所在地

名称

医師名

電話番号

下記のとおり、不育症治療を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。
記

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	生 年 月 日	年 月 日
	妻	()		年 月 日
不育症の検査及び治療 を必要とした理由				
今回の治療期間		年 月 日から 年 月 日まで		
今回の領収金額 : 注1)		円		
検査・治療内容	<input type="checkbox"/> 内分泌検査 <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"/> 子宮卵管造営 <input type="checkbox"/> 抗血小板療法 <input type="checkbox"/> ホルモン療法 <input type="checkbox"/> 抗凝固療法 <input type="checkbox"/> 免疫抑制療法 <input type="checkbox"/> 漢方療法 <input type="checkbox"/> 投薬 { } <input type="checkbox"/> 手術 { } <input type="checkbox"/> その他の検査 { } <input type="checkbox"/> その他 { }			
特記事項 注2)				

注1) 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治療費及び検査料について記載してください。入院時の差額ベッド代、食事代など直接治療に関係ない費用及び山口県不育症検査費助成事業の対象となる費用は、除いてください。

注2) 処方せんを交付された場合は、処方せん交付日、薬剤名、投薬日数を特記事項欄に明記してください（特記事項欄の記入に代え、処方せんの写しを添付することも可）。