

余市町不育症治療医療機関受診等証明書

申請者記入欄	(ふりがな) 受診者氏名	( )	生年月日 年 月 日 ( 歳)
	(ふりがな) 配偶者氏名	( )	生年月日 年 月 日 ( 歳)
	住 所	〒	電話番号

※申請者の治療について、下記事項の証明をお願いします。

今回の治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日
検査及び治療内容	<p>※該当するものの□にレを記入してください。</p> <input type="checkbox"/> 子宮形態検査 <input type="checkbox"/> 染色体検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体検査 <input type="checkbox"/> 凝固因子検査 <input type="checkbox"/> 手術療法 <input type="checkbox"/> 着床前診断 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 抗甲状腺薬・甲状腺ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 低用量アスピリン療法 <input type="checkbox"/> ヘパリン療法 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> その他( )	
<p>上記のとおり、証明いたします。 年 月 日 主治医氏名 印</p>		
医療機関記入欄	医療費	(1) 保険診療負担額 円
		(2) 保険診療適用外負担額 円
		(3) 領収金額 (1) + (2) 円
	<p>上記のとおり、証明いたします。(文書料、入院費、食事代等治療に直接関係のない費用を除く。) 年 月 日 医療機関の名称・所在地 印</p>	
保険薬局記入欄	薬剤費	(1) 保険診療負担額 円
		(2) 保険診療適用外負担額 円
		(3) 領収金額 (1) + (2) 円
	<p>上記のとおり、証明いたします。 年 月 日 保険薬局の所在地・名称又は氏名 印</p>	

※裏面に自己負担額の内訳表がありますので、申請者の方がご記入ください。



