

(その2)

不育治療に係る医療機関等証明書

年 月 日

(宛先) 舞鶴市長

医療機関等
所在地
名称
代表者
電話番号

㊦

下記のとおり不育治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

受療者氏名		男・女	生年月日	年 月 日	
病名			治療開始年月日	年 月 日	
今回の診療期間及び治療等の状況	年 月 日 から 年 月 日 まで <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 治療継続中				
保険診療に要した総点数	点	保険診療分の本人負担(領収)額	円	保険診療外の本人負担(領収)額	円
本人負担等の内訳	保険診療分			保険診療外分	
	区分	診療点数	負担金額	負担金額	
		点	円	円	
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
検査の内容(保険適用のみ)	<input type="checkbox"/> 免疫異常 <input type="checkbox"/> 内分泌異常 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 <input type="checkbox"/> 子宮異常 <input type="checkbox"/> その他()			保険診療外の内容	
治療の内容(保険適用のみ)	<input type="checkbox"/> 手術() <input type="checkbox"/> ヘパリン注射 <input type="checkbox"/> 投薬(ヘパリン注射以外)(薬剤名) <input type="checkbox"/> その他()				
出産の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 未確認				
特記事項					

注意

- 1 入院費用及び食事代は、助成の対象となりません。
- 2 診療から1年以内の申請が必要です。検査から治療終了までの期間が1年を超える場合は、数回に分けて証明してください。
- 3 院外処方がある場合は、医療機関と薬局それぞれに証明書を作成してください。
- 4 保険診療外は領収書の添付が必要となります。
- 5 薬局の場合は、病名・治療開始年月日・治療の内容・出産の有無については記載不要です。

