

岸和田市不育症治療受診等証明書

岸和田市長 様

年 月 日

医療機関の所在地
名称

主治医氏名 印

次の者については、不育症治療が必要であるため、不育症治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

医療機関記入欄(主治医が記入してください。)

受診者	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏 名			
	住 所	岸和田市 町		
検査・治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日まで ☐ 終了 ・ ☐ 検査・治療を継続中 注) 治療期間については、当該年度の4月1日から、当該年度末の3月末までを対象とします。 上記期間内の治療期間を記載してください。検査・治療が終了していなくてもかまいません。		
領 収 金 額		_____ 円 (上記の検査・治療期間における本人負担額) 院外処方 有 ・ 無 (処方指示日)		

【医療保険を適用せずに自費診療で実施した検査及び治療】

当該受診者に対して行った不育症の検査及び治療(保険適用対象外診療分に限ります。)に係るもののみ記載してください。

区 分	項 目
検 査	☐ 検査 検査名 :
治 療	☐ アスピリン療法 ☐ ヘパリン両方(ヘパリン在宅自己注射を含む。) ☐ 医師が不妊症の治療として必要と認めたもの 治療内容 :