（別記様式第2号）

**長井市不育症治療医療機関受診等証明書**

　下記の者について、不育症検査及び治療を実施し、これに係る費用を下記のとおり徴収したことを

証明します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　診　者 | | | 生　年　月　日 | |
| 夫 |  | | 昭和・平成　　 　 年　 　月　 　日 　（　　　歳） | |
|  | |
| 妻 |  | | 昭和・平成　　 　 年　 　月　 　日 　（　　　歳） | |
|  | |
| 検査及び  治療期間 | | 年　 　月　 　日　　～　　　　　年　 　月　 　日 | | | |
| 診断内容 | | * 当該患者について、該当するものにチェックし、詳細を記入してください   □血液凝固異常　□内分泌異常　□夫婦染色体異常　□子宮異常　□原因不明  （  □その他  （ | | | |
| 検査及び  治療内容 | | 主な検査内容  （  主な治療内容  （ | | | |
| 領収年月日 | | 年　 　月　 　日　　～　　　　　　　年　 　月　 　日 | | | |
| 領収金額  （診療費等） | | 1. 保険適用外の検査及び治療費 | | 円 | |
| 1. 保険適用で実施したヘパリン療法に係る自己負担額 | | 円 | |
| 1. 証明書料 | | 円 | |
| 計 | | 円 | |
| 院外処方の有無 | | * なし　　□　あり | | | |
| 令和　　　年　　　月　　　日  ＜発行者＞医療機関等  所在地  名　称  主治医氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印 | | | | | |

※診療費等には、不育症治療に関する配偶者の検査等も含めて記入してください。

入院時の食事代や室料差額代は含まれません。

※院外処方ありの場合、領収書及び明細書を別途確認させていただきます。

※証明内容について、本人同意の上、問い合わせをさせていただく場合があります。