（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。