

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。

受診者氏名 フリガナ		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
	② 保険適用で実施したへパリン療法に係る自己負担額		円
	③ 保険適用で実施した流産絨毛染色体検査に係る自己負担額		円
	④ 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。