

不育症治療医療機関受診等証明書

年 月 日

(宛先)中能登町長

医療機関等

住所

名称

代表者

印

電話番号

下記のとおり、不育症治療を実施し本人負担額を領収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名		男・女	生年月日	年 月 日
貴医療機関における不育症治療開始年月日		年 月 日～		
今回の診療に係る診療期間		年 月 日から 年 月 日まで		
保険診療に要した総点数	点	保険診療分の本人負担(領収)金額		円
保険診療以外の不育症治療に係る本人負担(領収)金額				円
本人負担額の内訳	区 分	保険診療分		保険診療以外の本人負担金額
		診療点数	本人負担金額	
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
不育症の原因疾患				
治療内容 (薬剤名など)				
院外処方の有無		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		

- 1 不育症治療に関する費用についてのみご記入ください。
- 2 食事療養費標準負担額、個室料等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。
- 3 医療機関が発行した受診等証明書の「院外処方の有無」が「有り」の場合は、院外処方に要した費用も対象となります。(薬局が発行する同証明書の添付が必要です)