

年 月 日

鹿角市長 様

(医療機関) 住 所
名 称
代 表 者
電 話 番 号

印

不育症治療受診等証明書

下記の者については、不育症治療を行っていることを証明します。

氏 名	夫		生年月日	年	月	日
	妻		生年月日	年	月	日
住 所	〒		連絡先			
診 断 名						
不育症治療の理由						
本医療機関における治療開始年月日	年 月 日					
本年度治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日					
主な治療内容 該当する項目をチェックし、詳細等についてご記載ください。	☐ 免 疫 異 常					
	☐ 内 分 泌 異 常					
	☐ 夫 婦 染 色 体 異 常					
	☐ 子 宮 異 常					
	☐ そ の 他					
領収金額	本年度の治療にかかった合計金額（医療機関本人負担額） _____円			院外処方	有 ・ 無	
特記事項						

- 1 不育症治療に関する費用についてのみご記載ください。
- 2 入院時食事療養費・差額ベッド代・文書料等は助成対象外です。
- 3 他の医療機関への紹介、治療中断等、規定以外の事由が発生した場合にご記載ください。