

鹿角市長 様

(医療機関) 住 所  
 名 称  
 代 表 者  
 主治医氏名  
 電話番号

印

医 療 機 関 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。	<input type="checkbox"/> 免 疫 異 常			
	<input type="checkbox"/> 内 分 泌 異 常			
	<input type="checkbox"/> 夫 婦 染 色 体 異 常			
	<input type="checkbox"/> 子 宮 異 常			
	<input type="checkbox"/> 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)		院外処方	有 ・ 無
		円		
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。