

受給者番号 _____

岡山市不育症治療費助成事業受診等証明書

不育症の治療等に関し、以下のとおり証明します。

年 月 日

医療機の所在地

医療機関の名称

主治医氏名

印(自署または記名押印)

当該医療機関は、保険適用となっている不育症に関する治療・検査について、保険診療で実施している。

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

(フリガナ) 受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日		年 月 日		年 月 日
流産・死産の 既往歴	<input type="checkbox"/> 2回以上有 <input type="checkbox"/> 左記以外(早期新生児死亡等)			
不育症の検査・ 治療を必要 とした理由				
検査・治療の 方法・内容				
今回の検査・治療 に係る期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
領収金額 (診療費等) ※1	領収金額 _____ 円 (うち先進医療部分にあたる検査費用 領収金額 _____ 円)			

(※1)「領収金額」欄には、不育症の検査・治療に要した費用のうち、医療保険適用外の自己負担額(入院時の差額ベッド代や食事代等の不育症の検査・治療に直接関係ないものを除く。)を記入してください。