|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　　月　　　日  　朝日村長　宛て  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  医療機関　　名　称  主治医　　　氏　名  下記の者については、不育症の診断後、その治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。 | | | | |
| （ふりがな）  受診者氏名 | 夫 | （　　　　　　　　　　　　） | 妻 | （　　　　　　　　　　　　　） |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 今回の治療期間 | 年　　　月　　日　　　～　　　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 不育症治療を必要とした理由 |  | | | |
| 検査・治療内容  該当欄に☑ | □不育症の診断  □ヘパリン療法  □アスピリン療法  □ステロイド療法  □上記以外（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 今回の治療期間に  係る領収金額  （治療費等） | 助成対象診療分　　　　　領収金額　　　　　　　　　　　　　　　円  　＊「領収金額」は不育症治療に関する治療費、検査料及び医薬品代をいいます。  　　入院時の差額ベット代、食事代、文書料等治療に関係のないものについては含めないで下さい。  　＊「領収金額」は、医療保険適用の有無にかかわらず、不育症治療に関する  自己負担額を積算してください。 | | | |
| 処方箋の処方の有無 | あり　　　　　・　　　　　なし | | | |
| 紹介先医療機関 |  | | | |

不育症診断等証明書