|  |
| --- |
| 　　　　　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