

藤崎町不妊症治療費等助成事業受診等証明書（医療機関分）

下記のとおり、保険診療に係る不妊症の検査・治療を実施し、これに係る一部負担金を領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

電話番号

主治医氏名(自署)

医療機関記入欄

	夫		妻	
(ふりがな) 受診者氏名				
受診者生年月日	年 月 日		年 月 日	
保険診療で実施した 検査・治療	保険診療で実施した検査内容 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> 卵管通気・通水検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 画像検査 <input type="checkbox"/> ()			
	保険診療で実施した治療内容 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発治療 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> ()			
診療年月日	夫		妻	
	診療報酬点数	一部負担金	診療報酬点数	一部負担金
年 4月分	点	円	点	円
年 5月分	点	円	点	円
年 6月分	点	円	点	円
年 7月分	点	円	点	円
年 8月分	点	円	点	円
年 9月分	点	円	点	円
年10月分	点	円	点	円
年11月分	点	円	点	円
年12月分	点	円	点	円
年 1月分	点	円	点	円
年 2月分	点	円	点	円
年 3月分	点	円	点	円
合計		円		円
院外処方の有無	夫 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		妻 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
領収金額合計	金 円			