

様式第2（第6条関係）

不育症治療医療機関等受診証明書

下記の者については、次のとおり不育症治療又はその調剤を実施し、これに係る医療費・調剤費〔実費（保険適用外）負担額〕を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関又は薬局の名称及び所在地

主治医又は薬剤師氏名

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。薬局の場合は太枠内のみご記入ください。）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
貴医療機関における治療開始年月日			年 月 日	
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
○当該患者について、該当するものにチェックし、詳細についてカッコ内に記載してください。				
<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 ()				
・院外処方の有無 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)				
本人負担額の内訳	区 分	実費（保険適用外）負担額		
		医療機関徴収分	薬局徴収分	
	年 月分	円	円	
	年 月分	円	円	
	年 月分	円	円	
	年 月分	円	円	
	年 月分	円	円	
	年 月分	円	円	
	年 月分	円	円	
	年 月分	円	円	
	年 月分	円	円	
	年 月分	円	円	
	合 計	円	円	
〔今回の不育症治療にかかった金額合計〕				
領収金額		円 (上記の合計額となります。)		
※ 薬局のみご記入ください。				
処方依頼のあった医療機関名				

注1 当該患者に関して行った**不育症治療（保険適用外）**に係るもののみご記入ください。
 2 入院時における差額ベッド代、食事代、文書料等の直接的な治療費ではない費用は含めないでください。
 3 出産（流産、死産等を含む。）に係る費用は含めないでください。