

広陵町不育症治療医療機関受診等証明書

広陵町長 殿

医療機関の名称

所在地

主治医氏名

電話番号

印

次のとおり、不育症の治療を実施し、これに係る費用を領収したことを証明します。

受診者氏名		生年月日	年 月 日生
配偶者（パートナー）		生年月日	年 月 日生
治療開始年月日	年 月 日		
	※広陵町の不育症治療における助成は、治療開始日における妻の年齢が43歳未満が対象です。		
診断名			
当該患者について	<p>当該患者について、該当するものにチェックし、詳細については、カッコ内に記載してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 免疫異常 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 内分泌異常 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 子宮形態異常 ()</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>		
	保険診療	保険診療外	
検査・治療内容	<input type="checkbox"/> 検査名 ()	<input type="checkbox"/> 検査名 ()	
	<input type="checkbox"/> 治療	<input type="checkbox"/> 治療	
	○ 薬物療法 ()	○ 薬物療法 ()	
	○ 手術 ()	○ 手術 ()	
	○ その他 ()	○ その他 ()	
本人負担額	円	円	
	※一の年度における本人負担額をご記入ください。		
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
出産の有無	<input type="checkbox"/> 有（出産日： 年 月 日）		
	<input type="checkbox"/> 無（出産日： 年 月 日）		
	<input type="checkbox"/> 未確認		
<p>① 不育症検査及び治療にかかる費用のうち、保険診療・保険診療外別に、本人負担額をご記入ください。</p> <p>② 不妊治療分及び妊婦健康診査分は対象となりません。また、入院時の差額ベッド代、食事代、文書料など直接治療に関係ない費用も対象となりません。</p> <p>③ 医療機関が発行した受診等証明書の「院外処方の有無」が「有」の場合は、院外処方に要した費用も対象となります。</p> <p>院外処方に要した費用に関しては、本証明書の裏面【薬局の証明】が必要です。</p> <p>④ 記入後に訂正が必要な場合、訂正はできませんので新しい用紙への記入が必要となります。</p> <p>※ 証明内容について、本人に同意を得た上で、広陵町職員が問い合わせをする場合があります。</p>			

【薬局の証明】

薬剤処方年月日	領収金額
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円

第2号様式（第7条関係）の主治医証明に基づき、上記のとおり薬剤を処方し、下記金額を領収しました。
※主治医の証明に基づかない日付のもの（第2号様式に記載のないもの）は対象外です。
記載しないでください。

領収金額 金 _____ 円 ←※訂正不可

年 月 日

薬局の 名称
所在地
責任者名
電話番号

担当者名



