

第2号様式（第6条関係）

焼津市不育症治療費受診等証明書

下記の者については、次のとおり不育症（検査・治療）を実施し、これに係る医療費（保険適用外分）を次のとおり徴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  
主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が御記入ください。）

(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 日から 年 月 日まで			
今回の実施回数	( ) 回			
実費 (保険適用外) 本人負担額		検査治療内容(注意3)	医療機関徴収分 ①	薬局徴収分 ②
	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
	年 月分		円	円
今回の治療にかかった合計額（保険適用外診療に限る。）				円
① + ②				

【注意】

- 当該患者に関して行った不育症検査・治療（保険適用外）に係るもののみ御記入ください。
- 院外処方がある場合、「実費（保険適用外）本人負担額」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
- 検査治療内容は下記より記号で記入してください。（複数選択可）  
検査：①抗リン脂質抗体検査（一次スクリーニング） ②夫婦染色体検査 ③抗リン脂質抗体検査（選択的検査） ④血栓性素因スクリーニング検査（凝固因子検査） ⑤絨毛染色体検査  
治療：⑥低用量アスピリン療法 ⑦ヘパリン療法
- 文書料、個室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。