

富田林市不育症治療費助成事業受診等証明書

富田林市長 様

下記のとおり、不育症治療を実施し、これに係る治療費を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（主治医が記入してください。）

受診者	ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）
	氏名			
	住所	〒584-		
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
判定日（流産の場合のみ）	年 月 日			
不育治療の理由	該当するものにチェックし、詳細を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"/> 子宮形態異常（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
主な治療内容				
領収金額	今回の治療にかかった金額合計 領収金額 _____ ※助成対象は、保険外診療分となります。 院外処方 有 ・ 無（ 処方指示日 _____ ）			