

池田市不育症治療医療機関証明書

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

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

主治医氏名

⑨

受 診 者	フリガナ		生年 月日	年 月 日
	氏名			( )歳
	住所	〒563- 池田市 電話番号 ( )		
今回の治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
不育症の 治療の 理由		(当該受診者について、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				
院外処方の 有無		(○を付けてください。) 有 ・ 無		
今回の治療に かかった医療保険 適用外の金額 (領収金額)		_____円		
		※ 医療保険適用外の診療分に限りません。また、検査費用は含みません。		
		※ 入院時の差額ベッド代、食事代、文書料などの直接治療に関係のない費用は含みません。		

※ 証明内容について、本人の同意を得た上で問い合わせをする場合があります。