

豊中市不妊症治療費等助成事業受診等証明書(医療機関分)

下記のとおり、保険診療に係る不妊症の検査・治療を実施し、これに係る一部負担金を領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
電話番号
主治医氏名

医療機関記入欄

	夫		妻	
(フリガナ) 受診者氏名	()		()	
受診者生年月日	年 月 日		年 月 日	
保険診療で 実施した 検査・治療	保険診療で実施した検査内容 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 卵管疎通性検査 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> その他()			
	保険診療で実施した治療内容 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊手術 <input type="checkbox"/> その他()			
診療年月	夫		妻	
	診療報酬点数	一部負担金	診療報酬点数	一部負担金
年 4月分	点	円	点	円
年 5月分	点	円	点	円
年 6月分	点	円	点	円
年 7月分	点	円	点	円
年 8月分	点	円	点	円
年 9月分	点	円	点	円
年10月分	点	円	点	円
年11月分	点	円	点	円
年12月分	点	円	点	円
年 1月分	点	円	点	円
年 2月分	点	円	点	円
年 3月分	点	円	点	円
合 計	円		円	
院外処方の有無	夫 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		妻 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
領収金額合計	金 _____ 円		※保険診療で行った検査・治療に係る一部負担金が対象です。 ※食事療養費等は対象外です。	