

### 高岡市不育症治療医療機関受診証明書

高岡市長 あて

年 月 日

医療機関等 住所

診療科等名称

名称

電話

医師名

印

次のとおり不育症検査・治療を実施し、これにかかる費用を徴収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名	( )	男・女	生年月日	年	月	日
検査・治療期間	年 月 日	～	年 月 日			
当該治療における 出産の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未確認					
検査又は 治療内容	① 該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> 願います。 <input type="checkbox"/> 検査のみ <input type="checkbox"/> 検査・治療 ②実施した検査・治療に <input checked="" type="checkbox"/> 願います。 <検査> <span style="float:right">&lt;治療&gt;</span> <input type="checkbox"/> 子宮形態検査 <input type="checkbox"/> ヘパリン療法 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 <input type="checkbox"/> 低容量アスピリン療法 <input type="checkbox"/> 免疫異常 <input type="checkbox"/> 漢方 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 黄体ホルモン補充 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質検査 <input type="checkbox"/> その他の治療 <input type="checkbox"/> 凝固異常 <input type="checkbox"/> その他の検査 ( )					

当該治療に係る本人負担金額

期 間	保険診療分		期 間	保険診療分	
	診療点数	本人負担金額		診療点数	本人負担金額
年 月 日	点	円	年 月 日	点	円
年 月 日	点	円	年 月 日	点	円
年 月 日	点	円	年 月 日	点	円
年 月 日	点	円	年 月 日	点	円
年 月 日	点	円	年 月 日	点	円
年 月 日	点	円	年 月 日	点	円
年 月 日	点	円	年 月 日	点	円
年 月 日	点	円	年 月 日	点	円
年 月 日	点	円	年 月 日	点	円
年 月 日	点	円	年 月 日	点	円
年 月 日	点	円	年 月 日	点	円
年 月 日	点	円	年 月 日	点	円
本人負担金額合計	円				
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				

1 不育症の検査及び治療に要した費用のみ記入ください。  
2 入院時の差額ベッド代、食事療養費又は文書料等治療に直接関係のない費用は含まないでください。