様式第２号（第５条関係）

**上山市不育症治療費助成事業受診等証明書**

　下記の者について、不育症検査及び治療を実施し、これに係る費用を下記のとおり徴収したことを証明します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年  月日 | 昭和・平成  年　 　月　 　日（　　　歳） | |
| 受診者氏名 |  |
| 検査及び  治療期間 | 年　　　月　　　日　　～　　　　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 診断内容 | * 当該患者について、該当するものにチェックし、詳細を記入してください   □血液凝固異常　□内分泌異常　□夫婦染色体異常　□子宮異常　□原因不明  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 検査及び  治療内容 | 主な検査内容  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  主な治療内容  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 領収年月日 | 年　　　　月　　　　日　　～　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | |
| 領収金額  （診療費等） | ①　保険適用の検査及び治療費 | | | 円 |
| ②　併用して行った先進医療 | | | 円 |
| 計 | | | 円 |
| 院外処方の  有無 | * なし　　□　あり | | | |
| 年　　　月　　　日  ＜発行者＞医療機関等  所在地  名　称  主治医氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印 | | | | |

※診療費等には、不育症治療に関する配偶者の検査等も含めて記入してください。

入院時の食事代や室料差額代は含まれません。

※証明内容について、本人同意の上、問い合わせをさせていただく場合があります。