

様式第3号(第7条関係)

不育症治療医療機関等証明書

年 月 日

(医療機関) 住 所
名 称
主治医氏名

次のとおり不育症治療・検査を実施し、これに係る医療費の本人負担額を受領したことを証明します。

受診者	(ふりがな)		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所			
今回の治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日		
不育症の原因		☐ 子宮形態異常 ☐ 甲状腺機能異常 ☐ 夫婦の染色体異常 ☐ 抗リン脂質抗体陽性 ☐ プロテインS欠乏症 ☐ 第Ⅶ因子欠乏症 ☐ その他 ()		
治療内容				
院外処方の有無		☐ 有 ☐ 無		
領収金額		今回の治療にかかった合計金額（受診者の負担額） 円		

- 1 不育症治療に関する費用についてのみご記入ください。
- 2 文書料、食事代、入院費等の治療に直接関係のない費用は対象になりません。