

笠間市不育症検査及び治療費補助金受診等証明書

年 月 日

医療機関の名称
及び所在地
主治医氏名

下記の者について、2回以上の流産等（生化学的妊娠は除く。）により不育症検査又は治療をし、これに係る費用（保険適用外診療）を次のとおり領収したことを証明します。

	夫	妻
(フリガナ) 氏名		
生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
検査及び 治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
主な検査及び 治療内容		
院外処方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬局名 ()	
院外処方 を行った日	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日
領収金額	円 (保険外診療の額)	

備考

- 領収金額は、医療保険各法の規定に基づく保険給付が適応されない不育症検査・治療に係る費用を記載してください。
- 文書料、食事代、個室料等の治療に直接関係ないもの、処方によらない薬（サプリメント等）は補助の対象となりませんので、除いてください。
- 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の医療機関で治療を行った場合及び院外処方がある場合は、主治医が患者からその領収書の提出を受け、その金額を含めて記載してください。