

不育症治療医療機関受診等証明書

年 月 日

(宛先) 金沢市長

医療機関等
住 所
医療機関名
代 表 者

次のとおり不育症治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

種別	・ 不育症診断 ・ 不育症治療 ・ 院外処方薬局						
(フリガナ) 受診者氏名	()		生年月日		年 月 日		
当医療機関における不育症治療開始年月日			年 月 日～				
今回の証明に係る治療期間			年 月 日～ 年 月 日				
保険診療に要した総点数		点		保険診療分の本人負担（領収）金額		円	
不育症治療を必要とした理由又は不育症判定検査の結果							
不育症治療内容又は不育症判定検査の内容							
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し						

備考

- 1 不育症治療に関する費用（検査費用を含む）のうち、保険診療分についてのみ記入してください。
- 2 食事療養費標準負担額、個室料等の不育症治療に直接関係のない費用は、含めないでください。
- 3 不育症治療開始以後、助成を開始した月から通算５年間助成を受けることができますが、治療終了月から２年間までの遡及になりますので、早めに申請してください。
- 4 医療機関が発行した受診等証明書の「院外処方の有無」が「有り」の場合は、院外処方に要した費用も対象となります。（薬局が発行する同証明書の添付が必要です。）