

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

- 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。
- 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。
- 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年間までの遅及になりますので、早めに申請してください。
- 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。）