

(様式第3号)

宇部市不育症治療費医療機関証明書

年 月 日

宇部市長 様

(医療機関)

住 所

名 称

医師名

電話番号

下記のとおり、不育症治療を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。

記

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	生年	昭和	年	月	日	(歳)																		
	妻	()	生年	昭和	年	月	日	(歳)																		
検査・治療内容	<table><tr><td><input type="checkbox"/> 内分泌検査</td><td><input type="checkbox"/> 止血・補体検査</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 自己抗体検査</td><td><input type="checkbox"/> 染色体検査</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 子宮卵管造営</td><td><input type="checkbox"/> 抗血小板療法</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> ホルモン療法</td><td><input type="checkbox"/> 抗凝固療法</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 免疫抑制療法</td><td><input type="checkbox"/> 漢方療法</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 投薬 []</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 手術 []</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> その他の検査 []</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> その他 []</td><td></td></tr></table>								<input type="checkbox"/> 内分泌検査	<input type="checkbox"/> 止血・補体検査	<input type="checkbox"/> 自己抗体検査	<input type="checkbox"/> 染色体検査	<input type="checkbox"/> 子宮卵管造営	<input type="checkbox"/> 抗血小板療法	<input type="checkbox"/> ホルモン療法	<input type="checkbox"/> 抗凝固療法	<input type="checkbox"/> 免疫抑制療法	<input type="checkbox"/> 漢方療法	<input type="checkbox"/> 投薬 []		<input type="checkbox"/> 手術 []		<input type="checkbox"/> その他の検査 []		<input type="checkbox"/> その他 []	
<input type="checkbox"/> 内分泌検査	<input type="checkbox"/> 止血・補体検査																									
<input type="checkbox"/> 自己抗体検査	<input type="checkbox"/> 染色体検査																									
<input type="checkbox"/> 子宮卵管造営	<input type="checkbox"/> 抗血小板療法																									
<input type="checkbox"/> ホルモン療法	<input type="checkbox"/> 抗凝固療法																									
<input type="checkbox"/> 免疫抑制療法	<input type="checkbox"/> 漢方療法																									
<input type="checkbox"/> 投薬 []																										
<input type="checkbox"/> 手術 []																										
<input type="checkbox"/> その他の検査 []																										
<input type="checkbox"/> その他 []																										
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日																									
今回の領収金額 ※注	〔本院での治療にかかった金額合計〕 領収金額 円																									

※注 領収金額は、医療保険適用の有無にかかわらず、不育症治療費及び検査料をいいます。従って、入院時の差額ベッド代、食事代など直接、治療に関係のないものについては含まれません。