

様式第2号(第4条関係)
(その2)

不育治療に係る医療機関等証明書

年 月 日

(宛先) 舞鶴市長

医療機関等
所在地
名称
代表者
電話番号

㊟

下記のとおり不育治療等を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

受療者氏名		生年月日	年 月 日
病 名		治療開始年月日	年 月 日
今回の診療期間 及び治療等の状況	年 月 日 から 年 月 日 まで <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 治療継続中		
保険診療に要した総点数	点	保険診療分の本人負担 (領収) 額 円	保険診療外分の本人負担 (領収) 額 円
本人負担等 の内訳	保険診療分		保険診療外分
	区分	診療点数	負担金額
	年 月分	点	円
	年 月分		
	年 月分		
	年 月分		
	年 月分		
	年 月分		
	年 月分		
	年 月分		
	年 月分		
	年 月分		
	検査の内容 (保険適用のみ)	<input type="checkbox"/> 免疫異常 <input type="checkbox"/> 内分泌異常 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 <input type="checkbox"/> 子宮異常 <input type="checkbox"/> その他 ()	
治療の内容 (保険適用のみ)	<input type="checkbox"/> 手術 () <input type="checkbox"/> ヘパリン注射 <input type="checkbox"/> 投薬 (ヘパリン注射以外) (薬剤名:) <input type="checkbox"/> その他 ()		
妊娠の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 未確認		
特記事項			

- 注意** 1 診療日の翌日から起算して1年以内の申請が必要です。検査から治療終了までの期間が1年を超える場合は、数回に分けて証明してください。
 2 院外処方がある場合は、医療機関と薬局それぞれに証明書を作成してください。
 3 保険診療外は、領収書の添付が必要となります。
 4 薬局の場合は、病名、治療開始年月日、治療の内容及び妊娠の有無の欄については、記載不要です。