

不育症治療費助成事業医療機関等証明書

年 月 日

長門市長 様

（産婦人科又は泌尿器科を標榜する医療機関）

住 所
名 称
代 表 者
電話番号

下記のとおり、不育症治療を実施し、保険診療に係る被保険者負担額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 月 日	年 月 日
	妻	()		年 月 日
不育症の検査及び治療を 必要とした理由				
今回の治療期間		年 月 日から 年 月 日まで		
今回の領収金額（注1）		円		
保険診療に係る 検査・不妊治療 の内容	☐内分泌検査 ☐自己抗体検査 ☐子宮卵管造営 ☐ホルモン療法 ☐免疫抑制療法 ☐投薬 ☐その他の検査 ☐その他の手術 ☐その他 ☐止血・補体検査 ☐染色体検査 ☐抗血小板療法 ☐抗凝固療法 ☐漢方療法			
特 記 事 項 (注2)				

注1 領収金額は、医療保険適用の有無にかかわらず、不育症治療に関する治療費及び検査料について記載してください。ただし、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費用及び山口県不育症検査費助成事業の対象となる費用は、除いてください。

注2 処方せんを交付された場合は、処方せん交付日、薬剤名、投薬日数を特記事項欄に明記してください。（特記事項欄の記入に代え、処方せんの写しを添付することも可）

不育症治療費助成事業医療機関等証明書

年 月 日

長門市長

様

(藥局)

住所

名称

薬剤師名

電話番号

下記のとおり、処方せんに基づいて調剤した薬剤を交付し、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) 患 者 氏 名	() 男・女	
患者生年月日	年	月 日
処 方 せ ん 交付医療機関	医療機関名	
	所 在 地	
	医 師 名	
	交付年月日	
調 剤 内 容	調剤年月日	
	薬 剤 名	
	投 薬 日 数	
	領 収 金 額	円

処方せん交付医療機関及び調剤内容欄の記入に代え、調剤済印を押印した処方せんの写しを添付することも可とします。ただし、処方せんの写しに記載されていない項目は必ず記載してください。

(注) 領収金額は、医療保険適用の有無にかかわらず、不育症治療に関する治療費をいいます。