

第2号様式（第7条関係）

*受給者番号							
--------	--	--	--	--	--	--	--

不育症治療受診等証明書

不育症治療を実施し、これに係る費用（保険外診療分）を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医名

受診者	氏名						
	生年月日	年 月 日					
不育症治療が必要な理由							
検査及び治療内容	<p>該当するものにチェックし、詳細について、かっこ内に記載してください。</p> <p>1 検査内容</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 子宮の形態検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体 <input type="checkbox"/> その他 <p>2 治療内容</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 子宮形態異常 <input type="checkbox"/> 内分泌異常 <input type="checkbox"/> 染色体異常 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体症候群 <input type="checkbox"/> その他 						
治療期間	年 月 日から 年 月 日まで						
領収金額	円（保険外診療分の額）						
注）差額ベッド代、食事代、文書料等に係る費用を除く。							

注）*印の欄は、記入しないでください。