

別記第2号様式（医療機関）

## 山口市不育症治療費医療機関証明書

年 月 日

山 口 市 長 様

（医療機関）

住 所

名 称

医師名

※

電話番号

（※本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印してください。）

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)	( )	男	生年月日		
受診者氏名		女	年	月	日( 歳)
今回の治療期間	年	月	日	~	年 月 日
検査・治療内容  該当する項目に☑ してください。	<input type="checkbox"/> 止血・補体検査	<input type="checkbox"/> 内分泌検査	<input type="checkbox"/> 染色体検査		
	<input type="checkbox"/> 自己抗体検査	<input type="checkbox"/> 子宮卵管造影	<input type="checkbox"/> 抗血小板療法		
	<input type="checkbox"/> 抗凝固療法	<input type="checkbox"/> ホルモン療法	<input type="checkbox"/> 免疫抑制療法		
	<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	[ ]			
今回の領収金額 (注1)	円				
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をいいます。  
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。

(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て、処方せんの写しを添付していただいても構いません。

