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	П	市	長	様						
					(医療	幾関)				
					住	所				
					名	称				
					医	师名			*	
					電	話番号				
					()1(-	+	*~ * + 1 + 1 - 10 \ 11	==	- / 18 5	

(※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	
	口止血・補体検査	□内分泌検査			□染色体検査				
   検査・治療内容	口自己抗体検査	口子宮卵管造影			□抗血小板療法				
快且 <sup>-</sup> 冶炼闪 <del>合</del> 	口抗凝固療法		トルモン療法 口免疫抑制療法			<b>叩制療法</b>			
該当する項目に☑	口投薬					)			
	□手術		)						
してください。	口その他の検査	[					)		
	口その他	[					)		
今回の領収金額	円								
(注1)									
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。

様式第2号(医療機関)

記入例

## 山口市不育症治療費医療機関証明書

*O*年 *O*月 *O*日

山口市長様

(医療機関)

住 所 山口市糸米二丁目 6-6

名 称 *糸米医院* 

電話番号 083-921-7085

(※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) 受診者氏名	(		ヤスコ	)	男	生年月日		0 -	0	П (	OO #\
文的名式名			AR J		女	平成〇	一	<b>0</b> 月	0	<b>–</b> (	○○ 歳)
今回の治療期	,	<i>平成〇</i> 年	<b>0</b> 月	<b>0</b> 日	~	令	和〇年	0	月 <i>C</i>	日	
	止血・補体検査			ㅁሶ	□内分泌検査			□染色体検査			
検査・治療内	口自己抗体検査			口子宮卵管造営			□抗血小板療法				
快且 : 心惊!	□抗凝固療法			□オ	□ホルモン療法			□免疫抑制療法			
ᅔᄽᆂᄀᄧᄆ	ı – 🖂	口投	薬	[	00	000				)	
該当する項目		口手	術	[						)	
してください	<b>\</b> °	□その他の検査 〔						)			
		ロそ	の他	[						)	
今回の領収金	額	22.222 F									
(注1)		<i>OO,000</i> 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。