

飛驒市不育症治療医療機関等証明書

受診者	ふりがな 氏名	
	生年月日	年 月 日
診断及び治療 実施医療機関	治療期間	年 月 日～ 年 月 日
	診断名	
	当該患者について、該当するものにチェックし、詳細についてはかっこ内に記載してください。 <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	
	上記のとおり、不育症治療を行ったことを証明します。 年 月 日 医療機関 所在地 名称 主治医	
治療実施 医療機関	治療期間	年 月 日～ 年 月 日
	診断名	
	当該患者について、該当するものにチェックし、詳細についてはかっこ内に記載してください。 <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	
	上記のとおり、不育症治療を行ったことを証明します。 年 月 日 医療機関 所在地 名称 主治医	
領収金額 (診療費等)	金 _____ 円	

*治療実施医療機関のみの証明は、証明書として認められません。

主治医証明に基づき不育症治療のため下記のとおり薬剤を処方し、これに係る医療費〔本人負担額〕を徴収したことを証明します。

年 月 日

薬局の名称及び所在地

責任者氏名

㊞

	薬局徴収分 本人負担額		薬局徴収分 本人負担額
年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円
合計	円	合計	円

薬局徴収分総合計 円

飛驒市処理欄（医療機関・薬局は記入しないでください）

本人負担額の合計 円
（医療機関“領収金額”と、“薬局徴収分の合計”）

助成金額 円
（本人負担額の合計金額の2分の1とし、30万円が上限）