

渋川市不育症治療費助成事業医療機関受診証明書

申請者 記入欄	(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日
	夫		年 月 日生
	妻		年 月 日生
	住 所	渋川市	
	電 話	()	

主治医 記入欄	診 断 名	
	治療の内容 (該当の番号 全てに○印)	1. 検査 () 2. 治療 ()
	診療期間	年 月 日 から 年 月 日
	上記のとおり不育症の治療（検査）を実施しました。 年 月 日 主治医氏名	

医療機関 保険薬局 記 入 欄	診 療 額	(1)保険診療総点数 点・被保険者負担額 円	
		(2)保険診療適用外負担額	円
		(3)受診者領収額(1)+(2)	円
	医療機関・保険薬局 住所・氏名又は名称 年 月 日		

医療機関・保険薬局の方へ

※ 不育症に対する一連の検査及び治療について要した費用を記入してください。

(一連の検査及び治療の例)

○不育症の検査のみ

○不育症の検査から不育症治療を始めて、その終了（出産又は流産、死産）まで

○不育症治療を始めて、その終了（出産又は流産、死産）まで

※ 未収金、文書料、交通費等の不育症治療と認められない項目は対象外です。