

## 茨木市不育症治療医療機関証明書

次のとおり、不育症の治療を実施し、これに係る治療費を領収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

主治医氏名

⑩

受診者	氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日
	住所	茨木市					
今回の治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
不育症の治療の理由	(当該受診者について、該当するものにチェックし、詳細をカッコ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"/>	子宮形態異常	(		)		
	<input type="checkbox"/>	その他	(		)		
主な治療内容							
院外処方の有無	(○を付けてください。) 有 ・ 無						
今回の治療にかかった保険適用外の金額(領収金額)	(領収書で医療保険適用外のコリ額が確認できる場合は、記入は不要です。)						
	今回の治療にかかった金額の合計		¥		円		
	※医療保険適用外の診療分に限ります。また、検査費用は含みません。						
	※入院時の差額ベッド代、食事代、文書料などの直接治療に関係ない費用は含みません。						

添付書類 : 今回の治療に係る医療機関発行の領収書・明細書