

第2号様式

浜松市不育症治療費補助事業受診等証明書

下記の者について、次のとおり不育症治療を実施し、これに係る医療費（保険適用外分）を徴収したことを証明します。

年 月 日

(あて先) 浜松市長

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄 (主治医がご記入ください。)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		昭和・平成 年 月 日 (歳)		昭和・平成 年 月 日 (歳)
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日		
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
区 分	検査治療内容	実費 (保険適用外) 負担額		
		医療機関徴収分 ①	薬局徴収分 ②	
年 4月分				
年 5月分				
年 6月分				
年 7月分				
年 8月分				
年 9月分				
年10月分				
年11月分				
年12月分				
年 1月分				
年 2月分				
年 3月分				
[今回の治療にかかった金額合計]				
領収金額		円 (上記本人負担額①~②の合計額となります。)		

- 注1 当該患者に関して行った不育症治療（保険適用外）に係るもののみご記入ください。
- 2 院外処方がある場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
- 3 検査治療内容は下記より記号で記入してください。（複数選択可）
 検査：①抗リン脂質抗体検査(一次スクリーニング) ②夫婦染色体検査
 ③抗リン脂質抗体検査(選択的検査) ④血栓性素因スクリーニング検査 ⑤絨毛染色体検査
 治療：⑥低用量アスピリン療法 ⑦ヘパリン療法
- 4 文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。