

## 南魚沼市不育症医療費受診等証明書

下記の者については、不育症治療の必要が認められるため、不育症治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関

所在地

名称

主治医氏名

印

医療機関記入欄（治療に関する事項については主治医がご記入ください）

ふりがな 氏名	
生年月日	年 月 日（ 歳）
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日
治療内容等	【治療が必要な理由】 免疫異常 内分泌異常 夫婦染色体異常 子宮異常 その他（ ） ※該当箇所に○を付け、その他の場合は詳細を記入してください。 【治療内容】
治療の結果	出産 ・ 流産 ・ その他（ ）
他の医療機関 への依頼有無	有（依頼先医療機関名 ） ・ 無
領収年月日	年 月 日 ～ 年 月 日
領収金額	金 _____ 円
院外処方	有 ・ 無
限度額適用 認定証区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ※高額療養費制度の対象となった場合、該当する区分に○を付けてください。

※注意 検査費用については、不育症を判断するために検査を行い、その後不育症治療を受ける場合は助成対象になります。検査の結果、不育症治療に至らなかった場合は助成対象になりません。