

貝塚市不育症治療費助成金受診等証明書

貝塚市長様

次のとおり不育症治療を実施し、治療に係る費用を領収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関所在地 _____

医療機関名称 _____

主治医の氏名 _____ 印

※医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

受診者	住所			
	フリガナ			
	氏名		生年月日	(元号) 年 月 日
今回の治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
不育症治療の理由	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				
領収金額	今回の治療にかかった保険外診療金額合計 (※ただし、検査費用及び差額ベッド代・食事代・文書料等、治療に関する費用以外の費用を除く。) 領収金額 _____ 円			