

関川村不育症治療受診等証明書

(ふりがな)					
受診者氏名	夫			妻	
生年月日		年	月	日(歳)	年　月　日(歳)
医療機関証明欄					
治療期間	年　月　日～年　月　日まで				
治療内容	○該当する理由にチェックし、詳細を記入してください。 ☐ 免疫異常 ☐ 内分泌異常 ☐ 夫婦染色体異常 ☐ 子宮異常 ☐ その他（ ） ○治療内容 				
○治療に要した費用（①保険診療費の一部負担金+②保険適応外医療費の自己負担分）					
合計額 _____円					
※入院料、文書料、食事料及び消費税等の治療に直接関係のない費用は除く ※不育症治療を行うに当たり行った検査を含みます ※母子健康手帳交付日の翌月からは、保険診療費の一部負担金は「関川村妊産婦医療費助成」の対象となるため 「関川村不育症治療費助成」の対象外となります。保険適応外医療費の自己負担分のみ対象となります					
上記のとおり証明します。					
年　　 月　　 日					
所在地					
医療機関名					
主治医氏名 印					
関川村長 宛て					
調剤薬局証明欄					
投薬を要した期間	年　月　日 ～ 年　月　日まで				
○治療に要した費用（薬剤、調剤費を含む）					
合計額 _____円					
上記のとおり証明します。					
年　月　日					
所在地					
調剤薬局名					
氏 名 印					
関川村長 宛て					