

様式第2号（第6条関係）

河南町不育症治療費助成事業受診等証明書

河南町長 様

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

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

受診者	ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）
	氏名			
	住所	河南町		
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
判定日（流産の場合のみ）	年 月 日			
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 <u>保険外診療</u> 金額合計（※検査費用等を除く。） 領収金額 円 院外処方 有 ・ 無（ 処方指示日 ）			

※ 添付書類 今回の治療に係る医療機関発行の領収書及び明細書