

交野市不育症治療内容証明書

年 月 日

(あて先) 交野市長

下記のとおり、不育症治療(検査)を実施し、これにかかる治療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

受診者	フリガナ		生年月日	昭和 平成
	氏名			年 月 日 (歳)
	住所	交野市		

検査及び治療実施医療機関	治療の理由	該当するものにチェックし、その詳細を()内に記載してください。 <input type="checkbox"/> 子宮形態 () <input type="checkbox"/> 内分泌異常 () <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 () <input type="checkbox"/> 凝固異常 () <input type="checkbox"/> 免疫異常 () <input type="checkbox"/> その他 ()
	主な治療内容	
	今回の検査及び治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	判定日	年 月 日 (妊娠週数 週)
	検査及び治療費	円 ※ 保険適用対象外診療分に限ります。また、不育症診断前の検査費用は対象となりません。 ※ 入院時の差額ベッド代、食事代、文書料などの直接治療に関係ない費用は含みません。
	院外処方の有無	無 ・ 有 有の場合は記載してください。(処方指示日:)
	上記のとおり不育症治療(検査)を行ったことを証明する。 年 月 日 所在地 医療機関 ⑩ 医師名 ⑩	

※ 証明内容について、本人の同意の得たうえで、交野市健康増進課担当職員が問い合わせをする場合があります。