

赤磐市不育等治療支援事業医療機関受診証明書

下記の者について、不育等治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称

医療機関の所在地

主治医氏名(生殖医療専門医)



受診者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	赤磐市		
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
不育等治療を必要とした理由			
主な治療内容			
領収金額	金 円 (※保険適用外の自己負担額)		

※入院時の差額ベッド代その他直接治療に関係ないものは対象外。ただし、流産検体の染色体分析検査は助成対象に含まれる。