年 月 日

石岡市長 宛

医療機関の名称及び所在地
電話番号
主治医氏名

不育症治療受診等証明書

次のとおり、石岡市不育症治療費補助金の対象となる不育症治療（検査を含む）を行ったことを証明します。

区分	夫		妻	
ふりがな 受診者氏名				
受診者生年月日	年 月 日(歳)		年 月 日(歳)	
検査期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
検査内容	☐ 子宮形態検査 ☐ 内分泌検査 ☐ 抗リン脂質抗体検査 ☐ 血液凝固因子検査 ☐ 染色体検査 ☐ その他 ()			
治療内容	☐ 薬物療法 ☐ その他 ※妊娠中の治療の場合は出産予定日を記入してください。 出産予定日 (年 月 日)			
院外処方の有無	☐ あり		☐ なし	
院外処方を行った日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
領収金額 ※今回の治療で支払った合計金額	※入院時食事療養費、差額ベッド代及び文書料は、補助対象外のため除いてください。			
	保険診療分		保険適用外	計
	円		円	円