

## 辰野町不育症治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、不育症治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり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

医療機関記入欄

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
受診者生年月日		年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)
不育症の 診断結果	診断日 年 月 日 医療機関名 診断医師名			
治療内容 ※1	<input type="checkbox"/> 不育症の診断 <input type="checkbox"/> ヘパリン療法 <input type="checkbox"/> アスピリン療法 <input type="checkbox"/> ステロイド療法 <input type="checkbox"/> 上記以外 ( )			
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
領収金額	[今回の治療にかかった金額の合計] 領収金額 円			
出生の状況 ※1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
実施医療機関 の名称 ※2				

※ 1 該当欄にレを記入してください。

※ 2 受診証明書を作成する医療機関と実施医療機関が異なる場合に記入してください。

この証明書は、長野県不育症治療費助成事業受診等証明書の写しをもって替えることができます。