

様式第2号（第5条関係）

那珂市不育症治療医療機関証明書

令和 年 月 日

医療機関の名称
所在地
主治医氏名

下記の者については、不育症治療及び検査を当医療機関で実施し、これに係る費用（保険外診療の額）を下記のとおり徴収したことを証明します。

記

受診者	氏名	
	生年月日	年 月 日
検査及び治療期間	令和 年 月 日 ～令和 年 月 日	
主な検査及び治療内容		
領収金額	円(保険外診療の額)	
備考	他の医療機関での不育症治療 有 無 (名称) 院外処方 有 無 (名称)	

留意事項

- 1 領収金額は、医療保険各法の規定に基づく保険給付が適用されない不育症治療（検査を含む。）に係る費用とし、入院時における差額ベッド代、食事療養費、文書料その他治療に直接関係のない費用は、含みません。
- 2 主治医の治療方針に基づき、院外処方を行った場合、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で不育症治療を行った場合等は、備考欄に医療機関等の名称を記載してください。