

旭川市不育症治療費補助に係る受診等証明書

年 月 日

(宛先) 旭川市長

次の者について、不育症に係る検査及び治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり領収したことを証明します。

医療機関名
医療機関所在地
主治医氏名

医療機関記入欄 (治療を行った医療機関の主治医が記入すること)

Form with multiple sections: 受診者氏名 (夫/妻), 既往歴, 検査実施医療機関, 検査期間, 検査内容 (子宮形態検査, 染色体検査, etc.), 治療期間, 治療内容 (A-G), 治療結果, 領収金額 (検査/治療/合計).

※1) 院外処方が「有」の場合は院外処方に要した費用も対象となります。
※2) 不育症の検査及び治療に要した費用のみご記入ください。入院費、食事代、文書料、暖房料等の直接治療に関わらない費用は除きます。