

ひたちなか市不育症検査・治療費助成に係る受診証明書

ひたちなか市長 殿

医療機関 名称  
所在地  
主治医氏名

下記のとおり、不育症に係る検査又は治療（保険適用外診療）を実施し、これらに要する費用を徴収したことを証明します。

記

医療機関記入欄

(フリガナ) 受診者氏名		( )		( )
受診者生年月日	夫	年 月 日 ( 歳)	妻	年 月 日 ( 歳)
不育症検査及び治療の 期間※1	年 月 日～ 年 月 日			
診断名				
検査内容				
治療内容				
不育症検査及び治療に 要した費用※2				
備考※3				

- ※1 令和5年4月1日以後に行われた不育症検査及び検査が対象です。
- ※2 入院時における差額ベッド代、食事代、文書料その他の不育症検査及び治療に直接関係のない費用は、助成対象外のため、不育症検査及び治療に要した費用から除いてください。
- ※3 領収金額に、主治医の指示により主治医の属する医療機関以外の医療機関で行った治療費や、院外処方などで支払った費用を含めた金額が記載できない場合は、医療機関名や薬局名等を記載してください。