様式第２号（第５条関係）

年　　月　　日

（宛先）
岩国市長　様

（医療機関）所在地
名称
代表者
電話番号

不育症検査治療費医療機関証明書

次のとおり不育症検査治療を実施し、これに係る費用を領収したことを証明します。

<table>
<tr><td rowspan="2">（ふりがな）
受診者氏名</td><td>夫</td><td></td><td rowspan="2">生年
月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>妻</td><td></td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>不育症の検査
及び治療を必要
とした理由</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>今回の診療期間</td><td colspan="4">年　　月　　日から　　年　　月　　日まで</td></tr>
<tr><td>今回の領収金額
（※１）</td><td colspan="4">円</td></tr>
<tr><td>検査・治療内容</td><td colspan="4">□　内分泌検査　　□　止血・補体検査
□　自己抗体検査　　□　染色体検査
□　抗血小板療法　　□　ホルモン療法
□　抗凝固療法　　□　免疫抑制療法
□　漢方療法
□　投薬（　　）
□　その他の検査（　　）
□　その他の手術（　　）
□　その他（　　）</td></tr>
<tr><td>特記事項（※２）</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

※１　領収金額は、医療保険適用の有無にかかわらず、不育症治療に関する検査料及び治療費について記載してください。ただし、入院時の差額ベッド代、食事代その他の直接治療に関係のないもの及び山口県不育症検査費助成事業の対象となる検査に係る費用は含まれません。

※２　処方せんを交付された場合は、処方せん交付日、薬剤名及び投薬日数を特記事項欄に記入してください。（特記事項欄の記入に代えて、処方せんの写しを添付することも可とします。）