年 月 日

不妊検査等助成事業受診等証明書

中野区長宛て

医療機関の名称及び所在地

前活金方	r

主治医氏名 印

下記のとおり、不妊検査及び一般不妊治療を行ったことを証明します。

						主治	医記	入欄						
	夫							妻						
(フリガナ)														
受診者氏名														
受診者生年月日		年	月	日(歳)			年	月	日(歳)	
診療期間														
	口精液検査			口内分流	泌検査	-		口超音波相	食査	1	口内分泌	検査		
	口精子授精	能検査	盐	口画像	検査			口感染症	食査	I	□卵管疎	通性	検査	
	口染色体・道	遺伝子	·検査					口頸管粘液	夜検査	[コフーナー	ーテス	スト	
	ロその他							口子宮鏡検査						
検査内容	C				7			ロその他						
					J)
	口待機療法	(タイミ	シグ指	i 導)		口漢	物療法			[コ人工授業	情		
	口手術療法													
	手術の内容													~
治療内容														
院外処方の有無				ロあり				ロなし				-		
院外処方を行った日	年	月	日		年	月	B	年	月	日		年	月	B
	年	月	B		年	月	日	年	月	日		年	月	B
	年	月	B		年	月	B	年	月	B		年	月	B
	年	月	B		年	月	B	年	月	B		年	月	B
	年	月	B		年	月	H	年	月	B		年	月	日
								受給者番号(区記載)						

医療機関調	E明欄	1					
診療日	診療月)	妻(氏名)	
u> ///	,	保険診療分	自費診療分	計	保険診療分	自費診療分	計
年	月分	円	円	円	円	円	円
年	月分	円	円	円	円	円	円
年	月分	円	円	円	円	円	円
年	月分	円	円	円	円	円	FI
年	月分	円	円	円	円	円	۳
年	月分	Ħ	Ŕ	円	円	円	円
年	月分	円	円	円	円	円	円
年	月分	円	円	円	円	円	円
年	月分	円	円	円	円	Ħ	円
年	月分	円	円	円	円	円	円
年	月分	円	円	円	円	円	۳
年	月分	円	円	円	円	円	円
合計				円			円
上記のとおり領収したことを証明します。 年 月 日 医療機関コード							
医療機関の 名称 所在地					1 担当者氏名		
		管理者氏名 電話番号		Ð			

薬局証明	月欄							
調剤年月	日	領収金額	調剤年月	日	領収金額	調剤年。	月日	領収金額
年	月分	円	年	月分	円	年	月分	円
年	月分	円	年	月分	円	年	月分	P
年	月分	円	年	月分	円	年	月分	円
年	月分	円	年	月分	円	年	月分	円
年	月分	円	年	月分	円	年	月分	E E
合計								円
		たことを証明		医痨	年 月 機関 <u>コード</u>		B	
薬局の 名称 所在地					4 担当者氏名			
管理者氏名 印 印 印 印 印 印 印 印 印 印 印 印 印 印 印 印 印 印 印								