

### 寒河江市不育症治療費助成事業医療機関受診等証明書

下記の者については、流産・死産の既往が2回以上あることから、不育症の検査及び治療を行いました。つきましては、保険適用外の医療費及び保険給付が適応される低用量アスピリン療法及びヘパリン療法に係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

指定医療機関の名称及び所在地

主治医氏名 印

電話番号 ( )

医療機関記入欄 (主治医が記入すること)

(ふりがな) 受診者氏名	( )	生年 月日	年 月 日 ( 歳)
今回の治療期間 (※1)	年 月 日 ~ 年 月 日		
領収金額合計 (※2)	金 _____ 円		

※1： 治療期間については当該年度の4月1日から3月31日までにおける治療期間を記載してください。治療が終了していてもかまいません。