

宮崎県不育症治療費助成事業受診等証明書

下記の方について、不育症治療を実施し、これ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。

令和 年 月 日

宮崎県知事

医療機関の名称

医療機関の所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄

(ふりがな) 受診者氏名	()	生年 月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)
今回の治療内容	<input type="checkbox"/> ヘパリン <input type="checkbox"/> 低容量アスピリン <input type="checkbox"/> その他 ()			
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
領収金額	[本院での治療にかかった金額合計] 領収金額 円			
不育症治療の一部を他の医療機関に依頼した場合の医療機関名				
院外処方による投薬の有無	有 ・ 無			

※1回の妊娠期間の治療において、主に治療を行う医療機関の変更があった場合には、それぞれの医療機関において、証明書の記入をお願いします。