

不育症治療受診等証明書

年 月 日

次のとおり、不育症治療を実施し、これに係る費用を徴収したことを証明します。

実施医療機関 所在地
 名称
 医師名
 電話番号

医療機関記入（主治医が記入すること。）

| | | | | |
|-------------------------------------|--|--|--------------|---------------|
| 受 診 者 | ふりがな 氏名 | | 生年月日 (年齢) | 年 月 日 (歳) |
| | 住所 | | | |
| 治 療 期 間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | |
| 検査・治療内容 チェックまたは記入 してください。 | <input type="checkbox"/> 不育症を判定するための検査 <input type="checkbox"/> 免役異常 <input type="checkbox"/> 内分泌異常 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 <input type="checkbox"/> 子宮異常 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 妊 娠 反 応 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未確認 | | | |
| 本 人 負 担 額 | 円 | | | |
| 他院での治療、 院 外 処 方 | 1. 治療の一部を協力医療機関へ指示した。 協力医療機関名 () 2. 院外処方の指示をした。 | | | |
| 特 記 事 項 | | | | |

- 1 不育症治療に関する費用についてのみ記入してください。
- 2 不育症を判断するための検査費用も助成対象となります。ただし、検査後に不育症治療を行わなかった場合は、助成対象となりません。
- 3 院外処方がある場合は、院外処方に要した費用の領収書及び診療明細書の添付が必要となります。
- 4 治療期間が年度を超える場合は、治療終了日に属する年度に申請してください。
- 5 入院時食事療養費、文書料、個室料等は対象になりません。