

不育症治療費助成事業受診等証明書

下記の者について、不育症に係る検査及び治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

主治医氏名

㊞

医療機関記入欄（治療を行った医療機関の主治医が記入すること）

受診者 氏名	受診者	氏名（ふりがな）	生年月日	
生年月日			年 月 日（年齢）	
既往歴		今回の検査及び治療以前の流産・死産・早期新生児死亡の既往歴について記入してください。		
前回申請時から追加検査がない場合は記入不要	検査実施医療機関	※治療実施医療機関と同じ場合は記入不要です。 医療機関名： 住所：		
	検査日（期間）	年 月 日（～ 年 月 日）		
	検査内容	実施した検査の□に✓を記入してください。その他については内容を簡潔に記入してください。		
		<input type="checkbox"/> 子宮形態検査 <input type="checkbox"/> 経膈超音波 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 <input type="checkbox"/> 子宮鏡 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 【内容】	<input type="checkbox"/> 染色体検査 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 <input type="checkbox"/> 流産胎児の絨毛染色体検査	<input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能 <input type="checkbox"/> 糖尿病検査 <input type="checkbox"/> その他 【内容】
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日 ※治療を実施していない場合は記入不要です。			
治療内容	※治療を実施していない場合は記入不要です。 該当するものの□に✓を記入してください。			
	<input type="checkbox"/> A 手術療法 <input type="checkbox"/> B 着床前診断 <input type="checkbox"/> C 抗甲状腺薬 甲状腺ホルモン剤	<input type="checkbox"/> D インスリン <input type="checkbox"/> E 低用量アスピリン療法 <input type="checkbox"/> F ヘパリン療法 <input type="checkbox"/> G カウンセリング		
治療結果	該当するものの□に✓を記入してください。			
	<input type="checkbox"/> 医師の判断により治療を実施せず		【医師が判断した日： 年 月 日】	
	<input type="checkbox"/> 他の診療科(産科・婦人科以外)において治療を実施(予定)		【医師が判断した日： 年 月 日】	
	<input type="checkbox"/> 医師の判断により治療を終了 <input type="checkbox"/> 出産等（又は治療 A, B の終了）		【出産等した日： 年 月 日】	
領収金額	検査	保険診療分	円	
		保険外診療分	円	
	治療	保険診療分	円	
		保険外診療分	円	
合計		円		
備考				

▼総合振興局又は振興局記載欄

受給者番号	備考	
-------	----	--

