

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。

平成 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 生年月日	夫	() 昭和 年 月 日生 (歳) 平成	妻	() 昭和 年 月 日生 (歳) 平成
	既往歴			
初回申請のみ記入		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：		
		検査期間		
		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 【検査結果判明日：平成 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"/> 夫婦染色体検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体検査 <input type="checkbox"/> 凝固因子検査		
治療期間		※治療を実施していない場合は記入不要です。 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
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"/> D インスリン		
		<input type="checkbox"/> B 着床前診断 <input type="checkbox"/> E 低用量アスピリン療法		
		<input type="checkbox"/> C 抗甲状腺薬 甲状腺ホルモン剤 <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：平成 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：平成 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：平成 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				