

上川町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 所在地  
 名称  
 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ご記入下さい。）

受診者 氏名 生年月日	夫 ( ) 年 月 日生 ( 歳)	妻 ( ) 年 月 日生 ( 歳)	
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)	平成 年 月 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"/> 経腔超音波 <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	
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"/> 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：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		
領収金額	<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】		
	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	

※「領収金額」は、不育症治療に関する治療費、検査料及び医薬品代をいいます。入院時のベット代、食事代、文書料治療に関係ない者については、含めないでください。

※「領収金額」は、医療保険適用の有無にかかわらず、不育治療に関する自己負担額を積算してください。