

## 不育症治療等実施医療機関等証明書

受診者氏名		生年月日	年	月	日
医療機関分					
検査及び治療期間	年		月	日	～ 年 月 日
診断名					
既往流死産回数	回	検査及び治療開始時の年齢	43歳(未満・以上)		
当該患者について	当該患者について、該当するものにチェックし、詳細については、カッコ内に記載してください。				
	<input type="checkbox"/>	免疫異常	(	)	
	<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	(	)	
検査・治療	<input type="checkbox"/>	検査			
	<input type="checkbox"/>	保険診療			
		検査名	(	)	
	<input type="checkbox"/>	保険診療外			
		検査名	(	)	
	<input type="checkbox"/>	治療			
	<input type="checkbox"/>	保険診療			
		治療内容	(	)	
	<input type="checkbox"/>	保険診療外			
		治療内容	(	)	
本人負担額	円		院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	(検査及び治療（アスピリン療法及びヘパリン療法に限る。）の自己負担額)				
	内訳：(保険診療)	円			
	(保険診療外)	円			
出産日 流産日	<input type="checkbox"/> 出産・流産 (判定日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 転院のため不明 (転院先医療機関名 )				
上記のとおり、不育症治療等に係る費用を徴収したことを証明します。					
医療機関	年 月 日 所在地 名称 代表者名				
薬局分（院外処方）					
処方期間	年		月	日	～ 年 月 日
本人負担額	円		院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	(治療（アスピリン療法及びヘパリン療法に限る。）の自己負担額)				
	内訳：(保険診療)	円			
	(保険診療外)	円			
上記のとおり、上記の医療機関の処方した不育症治療等に係る費用を徴収したことを証明します。					
薬局	年 月 日 所在地 名称 代表者名				
注1 検査及び治療期間は、その妊娠に関する検査又は治療を開始した日から出産又は流産の判定日までを御記入ください。 注2 検査及び治療開始時の年齢は、その妊娠に関する検査又は治療を開始した日のいずれか早い日の年齢で該当する方に○印を御記入ください。 注3 本人負担額は、不育症検査及び治療（アスピリン療法及びヘパリン療法に限る。）の費用のみ御記入ください。 ※ 不妊治療及び妊婦健康診査に係る費用は含めないでください。 注4 院外処方がある場合は、院外処方に要した費用も対象となります。					