

不育症治療等実施医療機関証明書

年 月 日

次のとおり、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

所在地

名称

医師名

印

診断名には「不育症」又は「不育症疑い」とご記入ください。

受診者氏名		生年月日		年	月	日	生	
検査及び治療期間		年	月	日	～	年	月	日
診断名								
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 ( )						
		保険診療			保険診療外			
検査・治療	<input type="checkbox"/> 検査名 ( )	検査のみ	検査・治療については、中心となる検査や治療についてわかる範囲内で、ご記入ください。また、検査の結果、具体的治療方法がない場合「その他」でご記入ください。				<input type="checkbox"/> 検査名 ( )	
	<input type="checkbox"/> 治療							
	<input type="radio"/> 薬物 ( )							
	<input type="radio"/> 手術 ( )							
	<input type="radio"/> その他 ( )		大津市に転入の方については、転入日以降の治療分が対象となります。					
本人負担額	円	本人負担額	出産の有無は、出産まで確認できれば「有」。流産などで妊娠が継続できない場合は「無」。途中で病院が変わり確認できない場合は「未確認」です。判定日もご記入ください。					
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	妊娠の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 未確認	妊娠判定日 年 月 日		
		出産・流産の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 未確認	出産・流産 判定日 年 月 日		
1 不育症検査及び治療に係る費用のうち、保険診療分の検査及び治療並びに保険診療外の検査に係る費用のみ御記入ください。 2 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時点までが対象となります。※ただし、不妊治療分及び妊婦健康診査分は除く。 3 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ので、領収書の添付が必要となります。								