

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

受診者氏名		生年月日	年 月 日
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 ()		
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 () <input type="checkbox"/> 保険診療外 () 治療内容() 治療内容()		
本人負担額	円 (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:(保険診療内) 円 (保険診療外) 円	院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合は、領収書及び明細書を添付すること。
出産・流産の有無	<input type="checkbox"/> 有 出産・流産 判定日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 無 ※無の場合は、助成対象外です。		
1 不育症検査及び治療に係る費用のうち、検査及び治療(アスピリン療法及びヘパリン療法に限る。)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、領収書及び明細書の添付が必要となります。			

検査及び治療期間

年 月 日 ~ 年 月 日

本人負担額

年 月 日～令和3年3月31日分 _____円

(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:保険診療内 _____円

保険診療外 _____円

令和3年4月1日～ _____年 月 日分 _____円

(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:保険診療内 _____円

保険診療外 _____円