

豊郷町不育症治療費助成事業受診証明書

次の者は、下記の不育症治療等を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称および所在地

主治医氏名

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

受診者氏名	夫		妻	
診断名				
検査および治療期間	妻の治療開始日の年齢 ( 歳 ) 年 月 日 ~ 年 月 日 <small>*一治療期間とは、不育症の検査または治療を開始した日から、その妊娠に係る出産(死産、流産を含む。)までの期間とする。</small>			
【当該者について】該当する欄に○をつけ、詳細についてカッコ内に記載してください。				
	免疫異常	(		)
	内分泌異常	(		)
	夫婦染色体異常	(		)
	子宮異常	(		)
	その他	(		)
	保険診療内		保険診療外	
検査・治療	<input type="checkbox"/> 検査名[ ] <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 薬物療法 ( ) <input type="checkbox"/> 手術 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	検査のみ	<input type="checkbox"/> 検査名[ ]	
本人負担額	円		本人負担額	円
今回の妊娠判定結果	陽性 ・ 陰性			
他医療機関への依頼 (医療機関名 )	なし・あり		院外処方 なし・あり	
指示内容(※)				
上記の医療費について、今回の領収金額に	含む・含まない			

※ 今回の治療の一部を他の医療機関で行った場合、その医療機関名と指示内容について記入してください(この記載がないと、今回の不育症治療費とみなすことができません。)