

中頓別町不育症治療費助成医療機関受診証明書

申請者記入欄	（フリガナ） 受診者氏名	（ ）	生年	昭・平	年	月	日（ ）歳
	（フリガナ） 配偶者氏名	（ ）	月日	昭・平	年	月	日（ ）歳
	住 所	〒 枝幸郡中頓別町字 TEL					

申請者について下記事項の証明をお願いします。

主治医記入欄	検査日(期間)	年 月 日（～ 年 月 日）
	検査内容	実施した検査の□に✓を記入してください。 □子宮形態検査 □染色体検査 □内分泌検査 □抗リン脂質抗体検査 □凝固因子検査
	治療期間	※治療を実施していない場合は記入不要です。 年 月 日 ～ 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。 □A手術療法 □B着床前診断 □C抗甲状腺薬・甲状腺ホルモン剤 □Dインスリン □E低用量アスピリン療法 □Fヘパリン療法 □Gカウンセリング
	治療結果	□医師の判断により治療を実施せず。 □他の診療科(産科・婦人科以外)において治療を実施(予定) □医師の判断により治療を終了 □出産等(又は治療A、Bの終了)
上記のとおり不育症(検査)治療を実施しました。 年 月 日 医療機関名 主治医氏名 印		

医療機関記入欄		保険薬局記入欄	
医療費	保険診療総点数 _____ 点	薬剤費	保険診療総点数 _____ 点
	A: 被保険者負担額 _____ 円		A: 被保険者負担額 _____ 円
	B: 保険診療適用外負担額 _____ 円		B: 保険診療適用外負担額 _____ 円
C: 受診者からの領収額合計(A+B) _____ 円		C: 受診者からの領収額合計(A+B) _____ 円	
上記のとおり証明します。 年 月 日 医療機関の所在地、名称又は氏名		上記のとおり証明します。 年 月 日 保険薬局の所在地、名称又は氏名	

※ 申請者が記入してください。

不育症治療医療費のうち自己負担額の内訳

治療等年月	自己負担額	治療等の種類（※）	備考
年 月	円	1 ・ 2	
年 月	円	1 ・ 2	
年 月	円	1 ・ 2	
年 月	円	1 ・ 2	
年 月	円	1 ・ 2	
年 月	円	1 ・ 2	
年 月	円	1 ・ 2	
年 月	円	1 ・ 2	
年 月	円	1 ・ 2	
年 月	円	1 ・ 2	
年 月	円	1 ・ 2	
年 月	円	1 ・ 2	
年 月	円	1 ・ 2	
年 月	円	1 ・ 2	
年 月	円	1 ・ 2	
合計	円		

上記の自己負担額の領収書の写しを申請時に必ず提出してください。
 なお、食事療養費や入院に伴う差額室料（個室料）及び文書料等、不育症治療と直接関係がない費用は助成の対象となりません。

※ 治療等の種類の内訳

- 1 スクリーニング等（子宮形態検査、染色体検査、内分泌検査、抗リン脂質抗体検査、凝固因子検査）
- 2 スクリーニング等の結果に基づく治療