

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 ⑩

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、括弧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		保険診療外			
検査・治療	検査名 ※①	治療	検査のみ	検査名	
	()	☐ 薬物療法 () ☐ 手術 () ☐ その他 () ()		()	
本人負担額	円	円	本人負担額	円	
院外処方の有無	☐ 有 ☐ 無		出産の有無	☐ 有 ☐ 無 ☐ 未確認	
① 先進医療として告示されている不育症検査の実施機関として承認されている保険医療機関で実施した不育症検査で滋賀県の助成対象となっているものについては、東近江市の助成対象とはなりません。 ② 不育症検査及び治療にかかる費用のうち、保険診療分については検査及び治療、保険診療外については検査にかかる費用のみ御記入ください。 ③ 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。 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ので、領収書の添付が必要となります。 ⑤ 助成を受けようとする全ての検査・治療について、領収書及び明細書の添付が必要となります。					