

高崎市不育症治療費等助成事業受診証明書

下記の者については、2回以上の流産等により不育症検査及び治療を実施し、これに係る費用を下記のとおり徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

当医療機関は、保険適用となっている不育症に関する治療・検査について、保険診療で実施している。

フリガナ 受診者 氏名	
受診者 生年月日	昭和・平成 年 月 日 () 歳
今回の検査 及び治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

当該受診者について、以下該当するものにチェックし、詳細をカッコ内に記載してください。

		不育症検査治療等の種類	検査日または治療期間	検査費 または治療費
今 回 の 検 査 治 療 法 等	保険 適用 外	<input type="checkbox"/> 免疫異常 ()	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	円
		<input type="checkbox"/> 内分泌異常 ()	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	円
		<input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 ()	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	円
		<input type="checkbox"/> 子宮の異常 ()	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	円
		<input type="checkbox"/> 先進医療として告示された不育症検査 (流産検体を用いた染色体検査、 流死産検体を用いた遺伝子検査) (いずれかの <input type="checkbox"/> にチェックをお願いします。) <input type="checkbox"/> 所見無し(46XX、46XY) <input type="checkbox"/> 所見あり()、 <input type="checkbox"/> 分析不可	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	円
		<input type="checkbox"/> 投薬・その他 ()	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	円
	保険 適用	<input type="checkbox"/> 治療(ヘパリン療法のみ対象)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	円
院外 処方	<input type="checkbox"/> 処方内容 ()	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	円	
領収金額	今回の検査及び治療にかかった合計金額 _____ 円 ※医療保険適用外の診療分に限る(但し、ヘパリン治療の自己負担分は含む)。 ※入院時差額ベッド代、食事代、文書料、交通費等は対象外。			
<input type="checkbox"/> 妊娠継続中の場合のみ 出産予定日 令和 年 月 日				
<input type="checkbox"/> 今回の妊娠における不妊治療の有無 (<input type="checkbox"/> 有 (治療期間: 年 月) <input type="checkbox"/> 無)				
<input type="checkbox"/> 今回の妊娠における不育症治療の有無 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)				