

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。

※該当することを確認の上、上記文章のにチェックをしてください。

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 ※いずれかの <input type="checkbox"/> にチェックをお願いします。 ・次世代シーケンサーを用いた流死産絨毛・胎児 組織染色体検査 <input type="checkbox"/> 所見無し(46,XX 、 46,XY) <input type="checkbox"/> 所見有り() <input type="checkbox"/> 分析不可 ・抗ネオセルフβ ₂ グリアグロブリン I 複合体抗体検査 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	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 日) <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) <input type="checkbox"/> 既往流死産回数 回(先進医療として行う不育症検査を実施した場合記入してください)				