

様式第4号（第6条関係）

興部町不妊治療費等助成事業医療機関等証明書（不育症治療費分）

年 月 日

興部町長 様

医療機関の名称

所在地

主治医氏名 ㊞

下記の者について、次のとおり不育症に係る検査及び治療を実施し、これに係る医療費を受領したことを証明します。

記

※医療機関記入欄（主治医がご記入ください）

ふりがな 受診者氏名		夫	年 月 日（ 歳）		妻	年 月 日（ 歳）	
既往歴		※今回の検査及び治療以前の流産・死産・早期新生児死亡の既往歴を記入してください					
前回申請時から追加検査がない場合は記	検査実施 医療機関	※治療実施医療機関と同じ場合は記入不要です。 医療機関名：			住所：		
	検査日	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。検査内容を簡潔に記載してください					
		<input type="checkbox"/> 子宮形態検査 [内容]	<input type="checkbox"/> 染色体検査 [内容]	<input type="checkbox"/> 内分泌検査 [内容]	<input type="checkbox"/> 抗リ脂質抗体検査 [内容]	<input type="checkbox"/> 凝固因子検査 [内容]	
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。					
		<input type="checkbox"/> A手術療法			Dインスリン		
		<input type="checkbox"/> B着床前診断			E低用量アスピリン療法		
		<input type="checkbox"/> C抗甲状腺薬 甲状腺ホルモン剤			Fヘパリン療法 Gカウンセリング		
治療結果		該当するものの□に「✓」を記入してください。					
		<input type="checkbox"/> 医師の判断により治療せず			医師が判断した日： 年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 他の診療科（産婦人科以外）において治療を実施 医師が判断した日： 年 月 日					
		<input type="checkbox"/> 医師の判断により治療終了					
領収金額		検査		保険適用診療分		円	
				保険適用外診療分		円	
		治療		保険適用診療分		円	
				保険適用外診療分		円	
		合 計					
備考							