

前橋市不育症治療費助成事業 診断・治療等実施証明書

※主治医が記入すること

(あて先) 前橋市長		所在地		年 月 日	
		医療機関 名称			
		主治医 氏名			
次の者については、不育症の検査・治療を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。					
受診者氏名	夫		生年月日	夫	年 月 日
	妻			妻	年 月 日
助成対象の確認	<input type="checkbox"/> 2回以上の流産又は死産の既往がある者 <input type="checkbox"/> 医師が不育症と診断した者				
不育症診断の確認	診断医療機関： <input type="checkbox"/> 本証明書の記入主治医と同じ 診断年月日： 年 月 日				
検査・治療期間 ※1	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
上記期間に係る検査内容	<input type="checkbox"/> 子宮形態異常検査 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能・糖尿病検査 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体検査 <input type="checkbox"/> 血栓性素因スクリーニング <input type="checkbox"/> 流産絨毛染色体検査				
上記期間に係る治療内容	<input type="checkbox"/> 低用量アスピリン投与 <input type="checkbox"/> ヘパリンカルシウム自己注射 (今回の教育入院 あり ・ なし)				
本証明に係る検査・治療の領収金額	保険診療分		<左記金額に含むもの> ・ 上記に該当する検査、治療、処方の自己負担額の合計 (保険診療の内外は問わない。文書料や入院時の差額ベッド代、食費等は対象外)		
	_____ 円				
	自費診療分				
_____ 円					
合計		_____ 円			
_____ 円					

- ※1 令和5年度助成制度の対象期間は、令和5年1月1日から同年12月31日までです。
- ※2 証明内容について、本人同意のもと前橋市こども支援課職員が問い合わせをする場合があります。
- ※3 保険医療機関において実施したものが対象になります。