

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

年 月 日											
(あて先) 前橋市長											
医療機関	所在地 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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; padding: 5px;">夫</td> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 10%; padding: 5px;">生年月日</td> <td style="width: 5%; padding: 5px;">夫</td> <td style="width: 15%; padding: 5px;">年 月 日 (歳)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">妻</td> <td></td> <td></td> <td style="padding: 5px;">妻</td> <td style="padding: 5px;">年 月 日 (歳)</td> </tr> </table>	夫		生年月日	夫	年 月 日 (歳)	妻			妻	年 月 日 (歳)
夫		生年月日	夫	年 月 日 (歳)							
妻			妻	年 月 日 (歳)							
検査・治療期間 (A)	年 月 日 ~ 年 月 日										
不育症の診断および治療等の経過	診断医療機関: 診断年月日: 年 月 日 診断に至った経緯とその後の対応(検査や治療等)										
Aの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"/> 流産検体の染色体検査(先進医療の届出: 有・無)注1										
Aの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)										
紹介先医療機関の有無	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; padding: 5px;">有・無</td> <td style="padding: 5px;">紹介先医療機関名</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;">依頼した検査・治療等</td> </tr> </table>	有・無	紹介先医療機関名		依頼した検査・治療等						
有・無	紹介先医療機関名										
	依頼した検査・治療等										
本証明に係る上記検査・治療の領収金額	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td>うち院外処方分</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> </table> <div style="font-size: small; padding-top: 5px;"> 左記金額に含むもの ・上記で該当した検査、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) </div>		円	うち院外処方分	円						
	円										
うち院外処方分	円										

注1) 先進医療の届出をしている医療機関で実施した場合、記入してください。

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。

流産検体の染色体検査にかかった費用	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> </table>		円	流産検体の染色体検査に係る費用のみを記入 《様式第4号を添付してください》
	円			

※証明内容について、本人同意のもと前橋市 子育て支援課職員が問い合わせをする場合があります。

【事務担当】前橋市 子育て支援課