様式第3号

前橋市不育症治療費助成事業　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

所在地
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（　歳）
	妻			妻	年　月　日（　歳）
検査・治療期間（B）	年　月　日　～　年　月　日				
紹介元医療機関名					
治療等の経過					
Bの期間に係る検査内容	☐ 子宮形態異常検査　☐ 甲状腺機能・糖尿病検査 ☐ 夫婦染色体検査　☐ 抗リン脂質抗体検査 ☐ 血栓性素因スクリーニング ☐ 流産検体の染色体検査（先進医療の届出：有 ・ 無 ）注1				
Bの期間に係る治療内容	☐ 低用量アスピリン投与 ☐ ヘパリンカルシウム自己注射（今回の教育入院 あり ・ なし ）				
本証明に係る上記検査・治療の領収金額	＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円 うち院外処方分＿＿＿＿＿＿＿＿円		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）		

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	＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円	流産検体の染色体検査にかかった費用のみを記入 《様式第4号を添付してください》

※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