

受診者番号

年

号

様式第4号（第15条関係）

仁木町不育症治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

仁木町長 様

医療機関等 所在地

名称

主治医

印

電話番号 () -

下記のとおり、不育症に関する検査・治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

(ふりがな)		()	()
受診者氏名		夫	妻
生年月日		年 月 日 (歳)	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について記入してください。	
初回 申請 のみ 記載	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：	
	検査期間	年 月 日～ 年 月 日【検査結果判明日： 年 月 日】	
	検査内容	※実施した検査の□に☑を記入してください。 <input type="checkbox"/> 子宮形態検査 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体検査 <input type="checkbox"/> 凝固因子検査	
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		※実施した治療の□に☑を記入してください。 ※治療を実施していない場合は記入不要です。 <input type="checkbox"/> A手術療法 <input type="checkbox"/> B着床前療法 <input type="checkbox"/> C抗甲状腺薬 甲状腺ホルモン剤 <input type="checkbox"/> Dインスリン <input type="checkbox"/> E低用量アスピリン療法 <input type="checkbox"/> Fヘパリン療法 <input type="checkbox"/> 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(産科・婦人科以外)において治療を実施(予定)【医師が判断した日： 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 医師の判断により治療を終了 <input type="checkbox"/> 出産等(又は治療A、Bの終了) 【出産等した日： 年 月 日】	
領収金額	検査	保険診療分	円
		保険外診療分	円
	治療	保険診療分	円
		保険外診療分	円
合計		円	
備考			

【様式第4号 表面】

【様式第4号 裏面】

区分	保険診療分		保険診療以外の診療分本人負担金額	
	診療点数	本人負担金額	助成該当費用	非助成該当費用
年 4月分	点	円	円	円
5月分	点	円	円	円
6月分	点	円	円	円
7月分	点	円	円	円
8月分	点	円	円	円
9月分	点	円	円	円
10月分	点	円	円	円
11月分	点	円	円	円
12月分	点	円	円	円
年 1月分	点	円	円	円
2月分	点	円	円	円
3月分	点	円	円	円
合計	点	円	円	円
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

※ 助成該当費用とは、直接治療に要した費用を記入してください。

※ 非助成該当費用とは、食事代、入院費、文書料及び凍結保存に係る費用等を記入してください。

※ 院外処方がある方は、院外処方に要した費用も助成の対象となります。その場合、薬局が発行する証明書又は領収書の添付が必要です。