

府中町不育症治療費助成申請に係る証明書

次の者に対し、不育症の検査・治療を実施し、これに係る健康保険適用外の医療費（調剤費を含む。）を次のとおり徴収したことを証明します。

医療機関 住 所
電話 番 号
医療機関名
主治医氏名

- 当医療機関は、一般社団法人日本生殖医学会が認定した生殖医療専門医が所属する医療機関である。
- 次に証明する者は、2回以上の流産、死産、早期新生児死亡の既往がある。

ふりがな 受診者氏名			生年月日
			年 月 日（ 歳）
検査・治療期間	年 月 日 から		年 月 日まで
実施した検査 又は治療の区分	<ul style="list-style-type: none"> ・子宮形態異常 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 治療 ・夫婦染色体異常 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 治療 ・免疫異常 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 治療 ・内分泌異常 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 治療 ・抗リン脂質抗体異常 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 治療 ・凝固異常 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 治療 ・その他の要因によるもの <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 治療 （詳細：) ・院外処方の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
徴収金額 （本人負担額等の内訳）	区分		本人負担額
	年	1月分	円
		2月分	円
		3月分	円
		4月分	円
		5月分	円
		6月分	円
		7月分	円
		8月分	円
		9月分	円
		10月分	円
		11月分	円
		12月分	円
この証明に係る検査又は治療に要した金額の合計		円	

※ 不育症と不妊症の両方に係る検査費及び治療費については、重複して助成できません。医師の判断で、不育症治療費又は不妊症治療費のどちらかのみ計上してください。

※ 文書料、食事療養費標準負担額、個室使用料等の不育症治療に直接関係しない費用は含めないでください。