様式第２号（第６条関係）

吉田町不育症治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり不育症治療を実施し、これに係る医療費〔保険適用外分〕を徴収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名　　印

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（　　）	妻	（　　）
受診者生年月日		年　月　日（　歳）		年　月　日（　歳）
貴医療機関における治療開始年月日	年　月　日			
今回の治療期間	年　月　日　～　年　月　日			

不育症治療検査内容

本人負担額の内訳	区　分	検査治療内容（注１）	実費（保険適用外）負担額	
			医療機関徴収分　①	薬局徴収分　②
	年　４月分		円	円
	年　５月分		円	円
	年　６月分		円	円
	年　７月分		円	円
	年　８月分		円	円
	年　９月分		円	円
	年１０月分		円	円
	年１１月分		円	円
	年１２月分		円	円
	年　１月分		円	円
	年　２月分		円	円
	年　３月分		円	円

〔今回の治療にかかった金額合計〕

領収金額　　円（上記本人負担額①～②の合計額となります。）

注１　当該患者に関して行った不育症治療に係るもののみご記入ください。

２　院外処方が有る場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。

※検査治療内容は下記より記入してください。（複数選択可）

検査：①抗リン脂質抗体検査（一次スクリーニング）　②夫婦染色体検査

③抗リン脂質抗体検査（選択的検査）　④血栓性素因スクリーニング検査　⑤絨毛染色体検査

治療：⑥低用量アスピリン療法　⑦ヘパリン療法

３　文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。