

富山市不育症治療費助成事業受診等証明書

下記の方については、不育症検査・治療を実施し、これに係る費用を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称
医療機関の住所
主治医氏名

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

(ふりがな) 受診者氏名			
受診者生年月日	昭和 平成	年	月 日
今回の検査又は治療内容 (該当する記号に○を付けてください)			
<検査> A 子宮形態検査 B 夫婦染色体検査 C 免疫異常 D 内分泌検査 E 抗リン脂質検査 F 凝固異常 G その他の検査 ()		<治療> ※妊娠した際に行われるヘパリンを主とした治療が助成対象 A ヘパリン治療 B 低容量アスピリン療法 C 漢方 D 黄体ホルモン補充 E その他の治療 ()	
当該治療における出産の有無	有 ・ 無 ・ 未確認 (該当するところに○を付けてください)		
今回の検査・治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		

当該治療に係る本人負担金額

期間	保険診療分 本人負担金額	(参考)保険診療外 本人負担金額
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
合計	円	円
院外処方の有無	有 ・ 無 (該当するところに○を付けてください)	

1 不育症の検査及び治療に要した費用のみ記入してください。
2 入院時の差額ベッド代、食事療養費又は文書料等治療に直接関係のない費用は含まないでください。