

様式第3号(第6条関係)

湖西市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（保健適用外分）として次のとおりの金額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

主治医師名

印

(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
既往流産死産回数		回 ※今回の流産死産を含む（補助金対象になるのは2回以上の場合）		
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			
本人負担額の内訳	検査又は治療の内容	実費（保険適用外）負担額		
		医療機関領収分 ①	薬局領収分 ②	
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	
〔今回の治療にかかった合計金額〕 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（保険適用外）に係るもののみご記入ください。
- 2 院外処方がある場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局領収分」～薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
- 3 検査又は治療の内容の欄には、次に掲げる検査又は治療のうちから該当するものを記入してください。（複数選択可）
- (1)検査
- ①抗リン脂質抗体検査
 - ②夫婦染色体検査
 - ③抗リン脂質抗体検査
 - ④血栓性素因スクリーニング検査
 - ⑤絨毛染色体検査
- (2)治療
- ①低用量アスピリン療法
 - ②へパリン療法（へパリン在宅自己注射療法を含む。）
- 4 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。