

様式第3号 (第5条関係)

年 月 日

鳴門市不育治療費助成受診等証明書

下記の者について不育症検査・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。

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)

受診者氏名	生年月日		年 月 日 (歳)	
検査・治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
検査または治療内容	※治療期間に実施した検査及び治療のみ <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。 検査 <input type="checkbox"/> 子宮形態検査 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 <input type="checkbox"/> 免疫異常 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質検査 <input type="checkbox"/> 凝固異常検査 <input type="checkbox"/> その他 治療 <input type="checkbox"/> ヘパリン療法 (ヘパリン在宅自己注射療法含む) <input type="checkbox"/> 低用量アスピリン療法 <input type="checkbox"/> 漢方 <input type="checkbox"/> 黄体ホルモン補充療法 <input type="checkbox"/> その他 []			

当該治療に係る本人負担額

期 間	本人負担額	期 間	本人負担額
年 4月分	円	年 10月分	円
年 5月分	円	年 11月分	円
年 6月分	円	年 12月分	円
年 7月分	円	年 1月分	円
年 8月分	円	年 2月分	円
年 9月分	円	年 3月分	円
合 計	円		
院外処方の処方日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日
他機関の治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療機関名	

(裏面の注意事項をご確認の上、ご記載ください)

【注意事項】

- 1 不育症の検査及び治療に要した費用のうち、医療保険適用の有無にかかわらず本人負担額を記入してください。
- 2 入院時の差額ベッド代、食事療養費又は文書料等直接治療に関係のない費用は含めないでください。
- 3 院外処方等で別途費用が発生する場合は、当該費用の記載は不要です。
- 4 月分の記入を省略し合計のみ記入する場合は、省略部分を斜線で消してください。