

生駒市不育症治療医療機関証明書

(宛先) 生駒市長

令和 年 月 日

次のとおり、不育症の治療を実施し、これに係る費用を領収したことを証明します。

医療機関

所在地

名称

医師名

印

受診者氏名		生年月日		年	月	日	生
検査及び治療期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日				
診断名							
当該患者について	当該患者について、該当するものにチェックし、詳細については、カッコ内に記載してください。						
	<input type="checkbox"/> 免疫異常	()			
	<input type="checkbox"/> 内分泌異常	()			
	<input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常	()			
	<input type="checkbox"/> 子宮形態異常	()			
<input type="checkbox"/> その他	()				
	保険診療			保険診療外			
検査・治療	<input type="checkbox"/> 検査名	()			<input type="checkbox"/> 検査名	()	
	<input type="checkbox"/> 治療				<input type="checkbox"/> 治療		
	○ 薬物療法	()			○ 薬物療法	()	
	○ 手術	()			○ 手術	()	
○ その他	()			○ その他	()		
本人負担額	円			円			
院外処方 の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	出産 の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 未確認	

① 不育症検査及び治療にかかる費用のうち、保険診療分・保険診療外別に、本人負担額をご記入ください。

② 治療期間は、その妊娠に関する検査又は治療を開始した日から出産(死産)又は流産の時点までが対象となります。※ただし、不妊治療分及び妊婦健康診査分は対象となりません。また、入院時の差額ベット代、食事代、文書料などの直接治療に関係ない費用も対象となりません。

③ 院外処方がある場合は、院外処方に要した費用も対象となりますので、領収書と明細書の添付が必要となります。

※証明内容について、本人の同意を得た上で、生駒市健康課職員が問い合わせをする場合があります。