

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

医療機関の名称
所在地
主治医氏名
電話番号

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。

受診者氏名		生年月日						
検査及び治療期間	年 月 日	～	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(出産日: 年 月 日)							
	<input type="checkbox"/> 無(流産判定日: 年 月 日)							
	<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。
- ④ 記入後に訂正が必要な場合、訂正はできませんので新しい用紙への記入が必要となります。