

長浜市すこやか出産支援事業受診等証明書（不育症治療用）

年 月 日

医療機関の名称

所在地

代表者

印

電話番号

次のとおり不育症治療等を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

		主治医氏名	
(ふりがな) 受診者氏名		生年月日	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"/> 子宮異常 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
	保険診療		保険診療外 (滋賀県不育症検査費用助成対象検査分は除く)
検査・治療の内容	<input type="checkbox"/> 検査内容 <input type="checkbox"/> 治療内容	検査・治療の内容	<input type="checkbox"/> 検査内容 <input type="checkbox"/> 治療内容
本人負担額	円	本人負担額	円
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有（発行日をご記入ください。） _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> 無		

- 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又は流産の時点までが対象となります。※ただし、滋賀県不育症検査費用助成対象検査分および不妊治療分、妊婦健康診査分は除きます。
- 院外処方がある場合は、処方箋の発行日をご記入ください。