

竜王町不育症治療受診証明書

年 月 日

次のとおり、不育症治療に係る費用を徴収したことを証明します。

医療機関

所在地

名称

医師名

㊞

受診者氏名		生年月日	年 月 日生
検査および治療期間	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
検査・治療	検査名 ()	治療 ○薬物療法 () ○手術 () ○その他 () ()	検査の 検査名 ()
本人負担額	円	円	本人負担額 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 先進医療として告示されている不育症検査の実施機関として承認されている保健医療機関で実施した不育症の検査で滋賀県の助成対象となっているものについては、竜王町の助成対象とはなりません。

2 不育症検査および治療にかかる費用のうち、保険診療分については検査および治療、保険診療外については検査にかかる費用のみご記入ください。

3 治療期間は、その妊娠に関する検査または治療を開始した日から出産または流産の時点までが対象となります。※ただし、不妊治療分および妊婦健康診査分は除く。

4 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。

5 助成を受けようとするすべての検査および治療について、領収書および明細書の添付が必要となります。