

岩見沢市不育症治療費助成事業受診証明書

下記の者について、不育症に係る検査及び治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称

医療機関所在地

主治医氏名 印

医療機関記入欄（主治医がご記入ください）

(ふりがな) 受診者氏名	妻	()	生 年 月 日	年 月 日生 (歳)															
	夫	()		年 月 日生 (歳)															
【検査・治療内容】 実施した検査治療の□に✓を記入してください <table><tr><td><input type="checkbox"/>子宮形態検査</td><td><input type="checkbox"/>夫婦染色体検査</td><td><input type="checkbox"/>内分泌検査</td><td><input type="checkbox"/>抗リン脂質抗体検査</td><td><input type="checkbox"/>凝固因子検査</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>手術療法</td><td><input type="checkbox"/>着床前診断</td><td><input type="checkbox"/>抗甲状腺薬</td><td><input type="checkbox"/>低用量アスピリン療法</td><td><input type="checkbox"/>インスリン</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>ヘパリン療法</td><td><input type="checkbox"/>カウンセリング</td><td><input type="checkbox"/>その他 ()</td><td colspan="2"></td></tr></table>					<input type="checkbox"/> 子宮形態検査	<input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査	<input type="checkbox"/> 内分泌検査	<input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体検査	<input type="checkbox"/> 凝固因子検査	<input type="checkbox"/> 手術療法	<input type="checkbox"/> 着床前診断	<input type="checkbox"/> 抗甲状腺薬	<input type="checkbox"/> 低用量アスピリン療法	<input type="checkbox"/> インスリン	<input type="checkbox"/> ヘパリン療法	<input type="checkbox"/> カウンセリング	<input type="checkbox"/> その他 ()		
<input type="checkbox"/> 子宮形態検査	<input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査	<input type="checkbox"/> 内分泌検査	<input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体検査	<input type="checkbox"/> 凝固因子検査															
<input type="checkbox"/> 手術療法	<input type="checkbox"/> 着床前診断	<input type="checkbox"/> 抗甲状腺薬	<input type="checkbox"/> 低用量アスピリン療法	<input type="checkbox"/> インスリン															
<input type="checkbox"/> ヘパリン療法	<input type="checkbox"/> カウンセリング	<input type="checkbox"/> その他 ()																	
【治療期間】 年 月 日 ~ 年 月 日																			
【領収金額】 <div>領収金額 _____ 円</div> <p>※「領収金額」は、不育治療に関する治療費及び検査料をいいます。入院時の差額ベッド代、食事代等治療に関係ないものについては含めないでください</p> <p>※「領収金額」は、医療保険適用の有無に関わらず、不育症治療に関する自己負担額を積算してください</p>																			