様式第2号（第5条関係）

勝央町　不育症治療費助成事業　受診証明書

下記の者について、不育症の治療を実施し、これに要した医療費（自己負担額）を下記のとおり徴収したことを証明します。

証明日（西暦）		年　月　日
保険医療機関	名　称	
	所在地	
	電話番号	
	主治医（生殖補助医療専門医）氏名	（自署又は記名押印）

受診者	妻	フリガナ	
		氏名	
		生年月日（西暦）	年　月　日
	夫	フリガナ	
		氏名	
		生年月日（西暦）	年　月　日

流産・死産等の既往歴			☐ ２回以上　☐ 左記以外（早期新生児死亡等）
治療の詳細	治療	診療区分	☐ 保険診療のみ　☐ 保険診療と自由診療（全額自己負担）　☐ 自由診療のみ（全額自己負担）
		内容 ※保険適用の有無に関わらず、該当する全てに☑	☐ ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射）　☐低用量アスピリン療法 ☐ その他の治療
流産・死産等の既往歴			☐ ２回以上　☐ 左記以外（早期新生児死亡等）

今回の治療における他医療機関の受診	☐ 有　☐ 無	院外処方の有無	☐ 有　☐ 無
→他医療機関の受診有の場合　他医療機関名		主治医氏名	
区分	☐ 転院元　☐ 転院先	（一社）日本生殖医学会が認定する生殖医療専門医の資格の有無	☐ 有　☐ 無

今回の治療等の期間（※）	開始日（西暦）	年　月　日 ～
	終了日（西暦）	年　月　日
※このうち、保険が適用される治療を実施した場合は、追加で記載してください	保険適用治療の開始日（西暦）	年　月　日 ～

（※） 前回の出産（流産及び死産を含む。以下同じ。）又は医師の判断による治療等の終了以降、新たに治療等を開始したときから、出産又は医師の判断により治療等を終了したときまでの期間を記入してください。

→裏面へ続く

→表面からの続き

医療費の領収金額及び各月明細

今回の治療等における医療費の領収期間	領収開始年月日（西暦）					年			月			日 ～	
	領収終了年月日（西暦）					年			月			日	

領収年月（西暦）	領収金額（自己負担額）（注1・2）		自己負担限度額の適用区分（注3）	適用区分が未確認の場合の医療費総額（注4）
	治療			
	保険適用分	全額自己負担分（自由診療）		
年　月分	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
年　月分	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
年　月分	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
年　月分	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
年　月分	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
年　月分	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
年　月分	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
年　月分	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
年　月分	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
年　月分	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
年　月分	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
年　月分	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
年　月分	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
年　月分	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
年　月分	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
領収金額合計	①	②	①＋②合計	
	計　円	計　円	総額　円	

（注1）治療等を行っていない者や保険診療の治療等を行っていない者については記入不要です。

（注2）助成対象となるのは、不育症の治療等を目的として行われたものに限ります。

（注3）限度額認定証又はマイナ保険証の提示がないため適用区分が確認できない場合や、受診者本人の希望等により、高額療養費の制度の利用に同意がない場合等は「未確認」を選択してください。

（注4）自己負担額の適用区分が「未確認」の場合は、医療費総額を記入してください。

（注5）治療中に医療保険の変更があった場合は、保険者名及び加入期間を併記してください。