

様式第3号（第6条関係）

不育症治療受診等証明書

下記の者については、不育症治療を実施し、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
名称及び所在地
主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

夫	ふりがな		妻	ふりがな	
	氏名			氏名	
	生年月日	年 月 日 (歳)		生年月日	年 月 日 (歳)
貴医療機関における治療開始年月日			年 月 日		
今回の治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
区 分	検査・治療内容	実費（保険適用外）負担額			
		医療機関徴収分①		薬局徴収分②	
年 4月分		円	円		
年 5月分		円	円		
年 6月分		円	円		
年 7月分		円	円		
年 8月分		円	円		
年 9月分		円	円		
年10月分		円	円		
年11月分		円	円		
年12月分		円	円		
年 1月分		円	円		
年 2月分		円	円		
年 3月分		円	円		
金額合計			円	円	
		①+②計		円	

備考

- 1 当該患者に対して行った不育症治療に関し、保険適用外の実費負担額を記入してください。
- 2 院外処方がある場合は、薬局徴収分②に薬局の領収書から実費負担額を転記してください。
- 3 検査・治療内容の欄は、次の表に掲げる番号を記入してください。（複数選択可）

検査	1 抗リン脂質抗体検査（一次スクリーニング）
	2 夫婦染色体検査
	3 抗リン脂質抗体検査（選択的検査）
	4 血栓性素因スクリーニング検査
	5 じゅう毛染色体検査
治療	6 低用量アスピリン療法
	7 ヘパリン療法