

年 月 日

今治市不育症治療等実施医療機関証明書

次のとおり、不育症治療等に係る費用を徴収したことを証明します。

医療機関名
所在地
名称
医師名

受診者名		生年月日	年 月 日生
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	該当するものにチェックし、詳細について、括弧内に記載してください。 ☐ 免疫異常 () ☐ 内分泌異常 () ☐ 夫婦染色体異常 () ☐ 子宮異常 () ☐ その他 ()		
	保険診療	保険適用外診療	
検査・治療	検査名 ※① () 治療 ○ 薬物治療 () ○ 手術 () ○ その他 ()	検査名 ※① () 治療 ○ 薬物治療 () ○ 手術 () ○ その他 ()	
本人負担額	円		円
院外処方の有無	☐ 有 ☐ 無		

- 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検査で愛媛県の助成対象になっているものについては、今治市の助成対象とはなりません。
- ② 不育症検査及び治療に係る費用をご記入ください。
- ③ 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、不妊治療分及び妊婦健康診査分は除きます。
- 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です。
- ⑤ 助成を受けようとする全ての検査・治療について、領収書及び明細書の添付が必要です。

※市職員記載

院外処方薬剤代金 _____ 円