

不育症治療等実施医療機関証明書

年 月 日

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
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				保険診療外	
検査・治療	検査名 ※①	治療		検査・治療	検査名 ※①	治療	
	()	○薬物療法 ()			()	○薬物療法 ()	
		○手術 ()				○手術 ()	
		○その他 ()				○その他 ()	
		()				()	
本人負担額	円	円	本人負担額	円	円		
院外処方の有無	☐ 有 ☐ 無		出産の有無	☐ 有 ☐ 無 ☐ 未確認			
① <u>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滋賀県の助成対象となっているものについては、日野町の助成対象とはなりません。</u> ② 不妊治療および妊婦健康診査に係る費用は、助成の対象ではありません。 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全ての検査・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。 ⑥ この証明書の内容について、本人の同意に基づき日野町が問い合わせる場合があります。							