様式第２号（第６条関係）

不育症治療受診等証明書

次の者については、不育症治療を実施し、これに係る医療費（保険適用外分）を徴収したことを証明します。

　　年　　月　　日

医療機関の所在地及び名称

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。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）受 診 者 氏 名 |  夫 | （　　　　　　　　　　　） |  妻 | （　　　　　　　　　　　） |
| 受診者生年月日 | 　年　　月　　日（　　歳） | 　年　　月　　日（　　歳） |
| 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 |
| 不育症治療検査内容 |
| 本人負担額の内訳 | 区分 | 検査治療内容（注１） | 　実費（保険適用外）負担額 |
| 年　４月分 |  | 円　　 |
| 年　５月分 |  | 円　　 |
| 年　６月分 |  | 円　　 |
| 年　７月分 |  | 円　　 |
| 年　８月分 |  | 円　　 |
| 年　９月分 |  | 円　　 |
| 年　10月分 |  | 円　　 |
| 年　11月分 |  | 円　　 |
| 年　12月分 |  | 円　　 |
| 年　１月分 |  | 円　　 |
| 年　２月分 |  | 円　　 |
| 年　３月分 |  | 円　　 |
| 〔今回の治療に要した金額合計〕領収金額 円　＊実費（保険適用外）負担額 |

（注）１　当該患者に関して行った不育症治療に係るもののみ記入してください。

２　検査治療内容は、下記より記号で記入してください。（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絨毛染色体検査

治療：⑥低用量アスピリン療法　⑦ヘパリン療法