

## 西条市不育症治療費補助金受診等証明書

下記の者について、不育症のための治療行為及び検査（以下「不育症治療」という。）を実施し、これに係る費用を徴収したことを証明します。

所在地  
医療機関 名称  
主治医氏名  
電話番号  
記

## 医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

次の項目について確認し、間違いがなければ、□にレ点を入れてください。

☐ 今回の不育症治療は、保険適用を受けない治療として実施しました。

| 受診者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                          | 夫         | 妻                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ふりがな                                                                                                                                                                                                                     |           |                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 氏 名                                                                                                                                                                                                                      |           |                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 生年月日                                                                                                                                                                                                                     | 年 月 日（ 歳） | 年 月 日（ 歳）                                               |
| 治療期間※1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 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。<br><input type="checkbox"/> 免疫異常（ ）<br><input type="checkbox"/> 内分泌異常（ ）<br><input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常（ ）<br><input type="checkbox"/> 子宮異常（ ）<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |           |                                                         |
| 検査・治療                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 検査名※2<br>（ ）                                                                                                                                                                                                             |           |                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 治療名<br><input type="checkbox"/> 薬物治療（ ）<br><input type="checkbox"/> 手術（ ）<br><input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                                                             |           |                                                         |
| 徴収金額※3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 円                                                                                                                                                                                                                        | 院外処方の有無※4 | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 |
| 1 治療期間は、不育症治療を開始した日から妊娠し、及び出産、流産又は死産等するまでが対象となります。<br>2 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険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、不妊治療分及び妊婦健康診査分については、補助対象となりません。<br>3 保険適用外の不育症治療の費用を御記入ください。文書料、個室料その他の不育症治療に直接関係のない費用は補助対象外となりますので、補助対象外の費用を除いた額を記載してください。<br>4 院外処方がある場合は、院外処方に要した費用も補助対象となります。補助金の交付を受けようとする場合は、薬剤内訳書（西条市不育症治療費補助金）（様式第4号）も添付してください。（ただし、保険適用外の調剤に限りです。）<br>5 補助金の交付を受けようとする全ての不育症治療について、領収書及び明細書の添付が必要となります。 |                                                                                                                                                                                                                          |           |                                                         |