

受給者番号(長野県が記載)						
---------------	--	--	--	--	--	--

長野県不育症治療支援事業受診等証明書

下記の者について、不育症治療を実施し、これに係る治療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

(ふりがな) 受診者氏名 生年月日	夫	() 年 月 日 (歳)	妻	() 年 月 日 (歳)
診 断 ※1	診断した日 年 月 日		診断医療機関名 診断医師名	
検 査 該当する欄にレ点を入れてください。	<input type="checkbox"/> 子宮形態検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体検査 <input type="checkbox"/> 凝固因子検査 <input type="checkbox"/> その他の検査 ()			
治 療 該当する欄にレ点を入れてください。	<input type="checkbox"/> ヘパリン療法 <input type="checkbox"/> アスピリン療法 <input type="checkbox"/> ステロイド療法 <input type="checkbox"/> 上記以外 ()			
今回の治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
出産の状況	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 死産・流産 <input type="checkbox"/> 妊娠継続中(記載時点 妊娠 週) <input type="checkbox"/> その他 ()			
領収金額	[今回の不育症治療にかかった金額の合計] 検査及び治療費(先進医療分を除く) 領収金額 _____ 円 *入院室料、食事代、文書料等の直接治療に関わらない費用は含みません			
実施医療機関の名称 ※2				

※1 この助成は、不育症と診断された場合にのみ申請することができます。

※2 受診等証明書を作成する医療機関と実施医療機関が異なる場合に記入してください。