

長野県不育症治療支援事業受診等証明書(治療)

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

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)

受診者は、下記のとおり不育症と診断されています(※1)。

診断された日	年 月 日
診断医療機関名	
診断医師名	

(ふりがな) 受診者氏名 生年月日	夫 年 月 日(歳)	妻 年 月 日(歳)
治療 内容 該当する欄に 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()	
	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〕 *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 治療費 領収金額 円	
実施医療機関 の名称 ※2		

注) 次の費用は助成の対象となりません。

- ・食事代、文書料等直接治療に関係ない費用
- ・出産(流産・死産を含む)に係る費用
- ・他の地方公共団体で助成されていた期間に係る治療費用
- ・当県の他の助成制度等で助成されていた期間に係る治療費用

(例) 不妊治療期間中に不育症治療を行った場合、不妊治療(先進医療)費用助成事業と不育症治療支援事業の両方の助成を受けることはできません。

不妊治療終了後、不育症治療を行った場合は、不妊治療(先進医療)費用助成事業と不育症治療支援事業の両方の助成を受けることができます。

※1 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。

保健所記入欄 受給者番号							
--------------	--	--	--	--	--	--	--