

高松市不育症治療費等助成事業受診等証明書

次の者については、高松市不育症治療費等助成事業の対象となる治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。なお、本治療については、保険外診療で実施したものです。

年 月 日

医療機関 所在地

名 称

主治医氏名

⑨

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	
		年 月 日生（ 歳）		年 月 日生（ 歳）
助成対象者の確認 ※1	<input type="checkbox"/> 2回以上の既往流死産、早期新生児死亡がある者 <input type="checkbox"/> 1回の既往流死産、早期新生児死亡があり医師が不育症の恐れがあると判断した者			
検査・治療期間 ※2	年 月 日 ～ 年 月 日			
院外処方 ※3	有 ・ 無			
領収金額 ※4	（今回の治療に要した費用の合計（保険外診療に限る。））			
	不育症検査費		領収金額 円	
	不育症治療費		領収金額 円	
実施内容 ※5	検 査		治 療	

※1 該当する方に☑を記載してください。

※2 期間については、その妊娠に関する検査又は治療を開始した日から、その治療の終了した日（出産・流産又は死産した日）を記載してください。ただし、主治医の治療方針に基づき途中で終了した場合は、終了した日を記載してください

※3 院外処方が「有」の場合は院外処方に要した費用も助成制度の対象となります。
院外処方の領収金額が確認できる場合は、証明金額に含めて記載してください。

※4 不育症治療に関する治療費、検査料及び医薬品代を記載してください。入院費、食事代、個室料、文書料等の直接治療に関わらない費用は助成の対象から除きます。

※5 申請期間内に実施した検査・治療内容を記載してください。

※6 同一治療期間内に複数の医療機関で不育症治療等を受診した場合は、医療機関ごとに作成してください。