

甲府市不育症治療費等助成事業受診等証明書

（あて先） 甲 府 市 長

次の者については、不育症（検査・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。

令和 年 月 日

所在地

医療機関名

主治医氏名

※主治医氏名を手書きしない場合は、記名押印してください。

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	夫		妻
受診者生年月日		年 月 日（ 歳）	
今回の治療内容	<input type="checkbox"/> ヘパリン <input type="checkbox"/> 低容量アスピリン <input type="checkbox"/> 漢方薬 <input type="checkbox"/> その他		
今回の治療期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
不育症治療の一部を他の医療機関に依頼した場合の医療機関名			
院外処方による投薬の有無	有 ・ 無		
当該医療機関所属 日本産婦人科専門医名			
「ヘパリン在宅自己注射療法の適応と指針」に対する適応状況 ※上記基準に「適応していない」を選択し、ヘパリンを主とした不育症治療を行った場合は理由をお書きください。	適応している ・ 適応していない		
	理由)		
領収年月日	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
【本院での治療にかかった金額合計】			
領収金額	円 今回の特定不妊治療（保険診療外）に要した治療費用（*）		

*助成申請者は、今回の不育症治療に係る領収書の写しを添付してください。