

様式第2号（第5条関係）

年 月 日

吉野川市不育治療費助成受診等証明書

次の者について不育症の検査及び治療を実施し、これに係る費用を徴収したことを証明します。

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名(自書)

医療機関記入欄（主治医がご記入ください）

受診者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)																
検査・治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日	院外処方の有無	☐ 有 ☐ 無																
検査または 治療内容	※治療期間に実施した検査及び治療のみ ☐ に✓を記入してください。 <table border="0"> <tr> <td>検査</td> <td>治療</td> </tr> <tr> <td>☐ 子宮形態検査</td> <td>☐ ヘパリン療法</td> </tr> <tr> <td>☐ 夫婦染色体検査</td> <td>(ヘパリン在宅自己注射療法含む)</td> </tr> <tr> <td>☐ 免疫異常</td> <td>☐ 低用量アスピリン療法</td> </tr> <tr> <td>☐ 内分泌検査</td> <td>☐ 漢方</td> </tr> <tr> <td>☐ 抗リン脂質検査</td> <td>☐ 黄体ホルモン補充療法</td> </tr> <tr> <td>☐ 凝固異常検査</td> <td>☐ その他</td> </tr> <tr> <td>☐ その他</td> <td></td> </tr> </table>			検査	治療	☐ 子宮形態検査	☐ ヘパリン療法	☐ 夫婦染色体検査	(ヘパリン在宅自己注射療法含む)	☐ 免疫異常	☐ 低用量アスピリン療法	☐ 内分泌検査	☐ 漢方	☐ 抗リン脂質検査	☐ 黄体ホルモン補充療法	☐ 凝固異常検査	☐ その他	☐ その他	
検査	治療																		
☐ 子宮形態検査	☐ ヘパリン療法																		
☐ 夫婦染色体検査	(ヘパリン在宅自己注射療法含む)																		
☐ 免疫異常	☐ 低用量アスピリン療法																		
☐ 内分泌検査	☐ 漢方																		
☐ 抗リン脂質検査	☐ 黄体ホルモン補充療法																		
☐ 凝固異常検査	☐ その他																		
☐ その他																			

当該治療に係る本人負担額

期 間	本人負担額	期 間	本人負担額
年 4 月分	円	年 1 0 月分	円
年 5 月分	円	年 1 1 月分	円
年 6 月分	円	年 1 2 月分	円
年 7 月分	円	年 1 月分	円
年 8 月分	円	年 2 月分	円
年 9 月分	円	年 3 月分	円
合 計	円		