

土浦市不育症治療費等助成金交付に係る受診証明書

（宛先）土浦市長

医療機関 名称
所在地
主治医氏名

次の者について、不育症治療又は不育症検査（保険適用外診療）を実施し、これらに要する費用を次のとおり徴収したことを証明します。

医療機関記入欄（※ 主治医が記入してください。）

（フリガナ） 受診者氏名	夫	（ ）	妻	（ ）
受診者生年月日		年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）
不育症治療又は不育症検査の期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
診断名				
検査内容	<input type="checkbox"/> 子宮形態検査（超音波検査） <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体検査 <input type="checkbox"/> 染色体検査 <input type="checkbox"/> 血液凝固因子検査 <input type="checkbox"/> その他 （ ）			
治療内容	<input type="checkbox"/> 薬物療法（院外処方 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし） <input type="checkbox"/> その他 （ ） ※ 妊娠中の場合は、出産予定日を記入してください。（ 年 月 日）			
不育症治療又は不育症検査に要した費用	円			

※ 令和4年4月1日以後に行われた不育症治療又は不育症検査が対象です。

※ 入院時における差額ベッド代、食事代、文書料その他の不育症治療又は不育症検査に直接関係のない費用は、助成対象外のため、不育症治療又は不育症検査に要した費用から除いてください。