

石狩市不育症治療費助成事業受診等証明書

不育症の診断を受けた者に対し、不育症治療等を実施し、これに係る治療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

受診者	夫	ふりがな		生 年 月 日	年 月 日
		氏名			( 歳)
	妻	ふりがな			年 月 日
		氏名			( 歳)
住所	石狩市				
今回の治療期間	年 月 日～ 年 月 日				
	(医師が治療終了を判断した場合のみその判定日)	年 月 日			
不育症治療等の理由(検査のみの場合はその結果)	該当する項目にチェックし、詳細を記載してください。 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体 <input type="checkbox"/> 子宮形態 <input type="checkbox"/> 染色体 <input type="checkbox"/> 内分泌 <input type="checkbox"/> その他 [ ]				
実施した不育症治療等の主な内容	<input type="checkbox"/> 低用量アスピリン <input type="checkbox"/> ヘパリン <input type="checkbox"/> その他 [ ]				
領収金額	※今回の治療等〔本院〕でかかった保険外診療分の治療費の金額合計 領収金額 _____ 円				
不育症治療等の一部を他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				

## 石狩市不育症治療費助成事業受診等証明書の記入について

- ・ 証明書のご記入は受診者の担当医師にお願いします。
- ・ 不育症と診断され、治療・検査等を受けた方が対象です。

### ■受診者について

- ・ 妻の名前、生年月日をご記入ください。夫の検査及び治療を実施した場合は、夫の欄もご記入ください。
- ・ 住所：夫婦が別に居住し二つ住所がある場合は、石狩市に居住している方の住所をご記入ください。

### ■今回の治療期間について

- ・ 開始日：不育症の診断のための検査（医療保険適用外）を開始した日又は治療の開始日
- ・ 終了日：出産（流産、死産含む）した日又は医師の判断により治療が終了した日

### ■判定日について

- ・ 治療の終了とする出産日（流産、死産含む）ではありません。不育症の診断のための検査（保険適用外）を開始し不育症と診断されたが、次の妊娠に至らず、今回の治療は終了すると医師及び受診者が決めた日をご記入ください。

### ■「不育症治療の理由」と「主な治療内容」について

- ・ 該当する項目にチェックをし、〔 〕内に詳細をご記入ください。
- ・ 不育症の診断のみを行った場合は、その診断のための検査の結果及び内容を適宜ご記入ください。

### ■領収金額について（助成の対象となる医療費）

#### 【対象となる医療費】

- ・ 対象は医療保険適用外（10割自己負担分）の検査費・治療費のうち、不育症を診断するための検査費、不育症治療費及び治療に必要な検査費が該当します。

#### 【対象外となるもの】

- ・ 医療保険の適用対象となる不育症治療費、検査費になります。
- ・ 入院時の差額ベッド代、室料、食事代、文書料（石狩市不育症治療費助成事業受診等証明書の文書料も含む）、妊婦健康診査費など直接治療に関係ないものは除きます。

### ■不育症治療の一部を他医療機関に依頼した場合の医療機関名について

- ・ 治療、検査等を他医療機関に依頼した場合は、依頼先の医療機関名をご記入ください。（依頼先が複数の場合においては、全部の医療機関名をご記入ください。）

### ■その他

- ・ 証明内容等について、本人同意の上、市職員が問合せをする場合があります。

#### 【問合せ先】

石狩市保健福祉部保健推進課（石狩市総合保健福祉センターりんくる 1階）

電話：0133-72-3124

住所：石狩市花川北6条1丁目41-1