

藤沢市不育症治療費助成事業医療機関受診等証明書

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
生年月日		年 月 日		年 月 日
①不育症診断及び治療実施医療機関（※1）				
次のとおり、不育症の診断後、その治療を実施し、これに係る医療費を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				
医師名				
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
診断名				
当該患者について、該当するものにチェックをし、詳細についてカッコ内に記入してください。				
<input type="checkbox"/> 子宮形態異常 <input type="checkbox"/> 内分泌異常 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体 <input type="checkbox"/> 血栓性素因異常 <input type="checkbox"/> その他				
[]				
保険外診療 自己負担総額	治療期間中の保険適用外診療自己負担額を記入してください。			
	円			
*裏面の【記入にあたっての注意事項】4に掲げる費用は除く				

①から紹介された機関で治療を実施した場合は、その機関で次の証明を受けてください。

②不育症治療実施機関（※2）				
次のとおり、不育症の治療を継続して実施し、これに係る医療費を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				
医師名				
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
診断名				
当該患者について、該当するものにチェックをし、詳細についてカッコ内に記入してください。				
<input type="checkbox"/> 子宮形態異常 <input type="checkbox"/> 内分泌異常 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体 <input type="checkbox"/> 血栓性素因異常 <input type="checkbox"/> その他				
[]				
保険外診療 自己負担総額	治療期間中の保険適用外診療自己負担額を記入してください。			
	円			
*裏面の【記入にあたっての注意事項】4に掲げる費用は除く				

※1 ①の診断に係る証明は厚生労働省不育症研究班に所属する医師が在籍する医療機関及びこれと同等の能力を有する医療機関のみ。

※2 ②治療実施機関のみの証明は、証明書として認められません。

※ 証明内容について、藤沢市職員が問い合わせをする場合があります。

【記入にあたっての注意事項】

- 1 本証明は医療機関及び治療実施機関が記入してください。
- 2 本証明書は1治療期間ごとに作成してください。なお、1治療期間とは不育症の診断後に実施した治療及び治療に伴う検査等を開始した日から当該妊娠の終了（出産、死産又は流産等）までとします。
- 3 平成27年4月1日以前から引き続き不育症の治療を行っている場合、治療期間の始期は平成27年4月1日以降、最初に不育症に係る治療及び検査等を受けた日としてください。
- 4 次に掲げる費用は助成の対象となりません。
 - ア 医療保険各法の規定に基づき保険給付の対象となる治療および検査等に係る費用
 - イ 入院時の差額室料代、食事代、文書料、物品代、栄養補助食品代等の不育症の治療に直接係らない費用
 - ウ 藤沢市妊産婦健康診査実施要綱に基づく妊婦健康診査に係る費用
 - エ 他の地方公共団体で助成を受けていた期間に係る不育症治療に係る費用
 - オ 平成27年4月1日より前に実施した不育症治療に係る費用
- 5 ①の不育症の診断を行った医療機関が、治療実施のため、他の医療機関を紹介する場合は、①の証明を記載後、本人に証明書をお渡しください。
- 6 厚生労働省不育症研究班に所属する医師が在籍する医療機関及び藤沢市不育症治療費助成事業協力医療機関以外が診断及び治療を行う場合は、事前に担当までご連絡ください。