

① 紹介元医療機関で治療した場合

不育症診断等証明書

または

② 紹介先医療機関がある場合

年 月 日

に必要な書類です。

医療機関の名称

必ず紹介元医療機関の名称が入ります。

所在地

※紹介元医療機関は、協力医療機関である必要があります。

主治医氏名

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。

| | |
|---|--|
| (フリガナ) 受診者氏名 | |
| 受診者生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| 治療期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| 診断名 | |
| <p>当該患者について、該当するものにチェックをし、詳細についてはカッコ内に記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/>免疫異常 <input type="checkbox"/>内分泌異常 <input type="checkbox"/>夫婦染色体異常 <input type="checkbox"/>子宮異常 <input type="checkbox"/>その他</p> <p>()</p> | |
| 紹介先医療機関 | <p>有 ・ 無</p> <p>※不育症の治療継続のため、貴院より紹介した医療機関がある場合は、必ず紹介先医療機関をご記入ください。</p> <p>[紹介先医療機関名 :]</p> |

(裏面も必ずお読みください。)

「有」とした場合、紹介元医療機関以外での治療が可能です

②紹介元医療機関からの紹介先がある場合

に必要な書類です。

不育症治療実施証明書

年 月 日

医療機関の名称

紹介先の医療機関の名称が入ります。

所在地

主治医氏名

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。

| | |
|---|--|
| (フリガナ) 受診者氏名 | |
| 受診者生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| 治療期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| 診断名 | |
| <p>当該患者について、該当するものにチェックをし、詳細についてはカッコ内に記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/>免疫異常 <input type="checkbox"/>内分泌異常 <input type="checkbox"/>夫婦染色体異常 <input type="checkbox"/>子宮異常 <input type="checkbox"/>その他</p> <p style="text-align: center;"> 紹介を受けた紹介元医療機関をご記入ください </p> | |
| 紹介元医療機関 | <p>※不育症の治療継続のため、紹介を受けた医療機関名を必ずご記入ください。</p> <p>[紹介元医療機関名 :]</p> |

※不育症治療実施証明書のみ提出は、証明書として認められません。必ず不育症診断等証明書を添えて提出してください。

(裏面も必ずお読みください。)

