

## 小豆島町不育症治療費助成事業受診等証明書

下記の者について、次のとおり不育症治療を実施したことを証明し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

指定医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

|                            |   |   |                |
|----------------------------|---|---|----------------|
| (ふりがな)<br>氏名               | ( )   | 生年<br>月日  | 年 月 日          |
| 不育症の<br>診断結果               | 診断日   | 年 月 日   | 医療機関名<br>診断医師名 |
| 治療内容<br>※1                 | <input type="checkbox"/> 不育症の診断<br><input type="checkbox"/> ヘパリン療法<br><input type="checkbox"/> アスピリン療法                        |   |                |
| 治療期間                       | 年 月 日 ~ 年 月 日   |   |                |
| 治療結果<br>※1                 | <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 死産・流産 <input type="checkbox"/> 妊娠継続中<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |   |                |
| 複数の医療機関と連携し<br>て治療を行った場合※2 | 連携医療機関の名称   |   | 治療内容           |
|                            |   |   |                |
| 院外処方による投薬の有無               |   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |                |
| 備考欄                        | (特記事項がある場合、その他の内容の記入枠が不足の場合は、ここにご記入ください。)   |   |                |

※1 該当欄にレ印を記入してください。

※2 受診証明書を作成する医療機関と実施医療機関が異なる場合に記入してください。