

奈良市不育症治療費等助成金交付医療機関等証明書

（宛先）奈良市長

年 月 日

医療機関等

住所

名称

代表者氏名

電話番号

以下のとおり不育症治療等を実施したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名	夫	生年月日	年 月 日		
	妻	生年月日	年 月 日		
当医療機関における不育症治療開始年月日					
年 月 日					
()年度における治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
検査・治療 の内容	検査		治療		
	<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 自己抗体に関する検査 (抗ネオセルフβ ₂ グリオプロテイン I 複合体抗体検査は除く) <input type="checkbox"/> 凝固因子検査 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 <input type="checkbox"/> 流産検体の染色体検査 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 手術療法 <input type="checkbox"/> ホルモン異常に対する治療 <input type="checkbox"/> 低用量アスピリン療法 <input type="checkbox"/> ヘパリン療法 (ヘパリン在宅自己注射含む) <input type="checkbox"/> その他 ()		
院外処方の有無		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し			
自己負担 額の内訳	区 分	医療機関分			薬局分
		保険診療分		保険診療以外の不育症治療 等に係る自己負担額	自己負担額
	診療点数	自己負担額			
	年 4月分	点	円	円	円
	年 5月分	点	円	円	円
	年 6月分	点	円	円	円
	年 7月分	点	円	円	円
	年 8月分	点	円	円	円
	年 9月分	点	円	円	円
	年 10月分	点	円	円	円
	年 11月分	点	円	円	円
	年 12月分	点	円	円	円
	年 1月分	点	円	円	円
	年 2月分	点	円	円	円
年 3月分	点	円	円	円	
計			円	円	円
自己負担額					円

1 不育症治療等（検査を含む。）に係る費用についてのみご記入ください。
 2 食事療養費標準負担額、個室料等の治療に直接関係ない費用は、含まないでください。
 3 「院外処方の有無」が「有り」の場合、「自己負担額の内訳」欄の「薬局分」へも記入してください。